

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

# THÈSE

71

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

**Présentée et soutenue le 4 janvier 1883**

PAR

J. SÉBASTIEN MABIT

INTERNE DES ASILES DE LA SEINE, ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

# DE LA MANIE CHRONIQUE A FORME RÉMITTENTE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Président.. ................. M. B. Ball.

Juges.. ......... ......... MM. Hardy, Legroux, Hallopeau.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8
1883

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. BÉCLARD. |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | SAPPEY. |
| Physiologie | BÉCLARD. |
| Physique médicale | GAVARRET. |
| Chimie organique et chimie minérale | WURTZ. |
| Histoire naturelle médicale | BAILLON. |
| Pathologie et thérapeutique générale | BOUCHARD. |
| Pathologie médicale | JACCOUD. PETER. |
| Pathologie chirurgicale | GUYON. DUPLAY. |
| Anatomie pathologique | X. |
| Histologie | ROBIN. |
| Opérations et appareils | LE FORT. |
| Pharmacologie | REGNAULT. |
| Thérapeutique et matière médicale | HAYEM. |
| Hygiène | BOUCHARDAT. |
| Médecine légale | BROUARDEL. |
| Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés | PAJOT. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | LABOULBÈNE. |
| Pathologie comparée et expérimentale | VULPIAN. |
| Clinique médicale | SÉE (G.) LASÈGUE HARDY. POTAIN. |
| Maladie des enfants | PARROT |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale | BALL. |
| Clinique des maladies syphilitiques | FOURNIER. |
| Clinique des maladies nerveuses | CHARCOT. |
| Clinique chirurgicale | RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRELAT. |
| Clinique ophtalmologique | PANAS. |
| Clinique d'accouchements | DEPAUL. |

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

*Professeurs honoraires :*

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

| MM. | MM. | MM. | MM. |
|---|---|---|---|
| BERGER. | GAY. | LOUGROUX. | REMY. |
| BOUILLY. | GRANCHER. | MARCHAND. | RENDU. |
| BOURGOIN. | HALLOPEAU. | MONOD. | RICHET. |
| BUDIN. | HENNINGER. | OLLIVIER. | RICHELOT. |
| CADIAT. | HANRIOU. | PEYROT. | STRAUS. |
| DEBOVE. | HUMBERT. | PINARD. | TERRILLON. |
| DIEULAFOY. | LANDOUZY. | POZZI. | TROISIER. |
| FARABEUF, chef des travaux anatomiques. | JOFFROY. | RAYMOND. | |
| | DE LANESSAN. | RECLUS. | |

*Secrétaire de la Faculté :* A. PUPIER.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A

LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

# LE D^R JULES MABIT

Professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Bordeaux
Vice-président de l'Association générale des médecins de France
Président de l'Association des médecins de la Gironde
Officier de la Légion d'honneur

A

MONSIEUR LE DOCTEUR DÉNUCÉ

Doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux
Professeur de clinique chirurgicale

---

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROUARDEL

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de médecine légale
Médecin des hôpitaux

---

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARDY

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de clinique interne
Médecin des hôpitaux

---

MONSIEUR LE DOCTEUR F. TERRIER

Professeur agrégé de la Faculté de médecine
Chirurgien des hôpitaux

---

MONSIEUR LE PROFESSEUR HAYEM

Professeur de thérapeutique
Médecin des hôpitaux

A MES MAITRES DES ASILES DE LA SEINE

MONSIEUR LE DOCTEUR BILLOD

Directeur médecin en chef honoraire des asiles de la Seine
Membre correspondant de l'Académie de Médecine

---

MONSIEUR LE DOCTEUR ESPIAU DE LAMAESTRE

Directeur médecin en chef de l'asile de Ville-Évrard

---

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHEREAU

Médecin en chef à l'asile des aliénés de Sainte-Anne

---

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR B. BALL

Professeur de clinique des maladies mentales et de l'encéphale
Médecin des hôpitaux

# INTRODUCTION

Pendant la durée de notre internat dans les asiles d'aliénés de la Seine, il nous a été donné d'observer un certain nombre de malades atteints de manie, dont les accès de violente agitation, nous pourrions dire de fureur, revenaient à des intervalles fort irréguliers, et, après avoir débuté brusquement, présentaient exactement la même marche, les mêmes actes désordonnés ou impulsifs, le même délire que les accès précédents.

A ces accidents succédait, presque sans transition, une période de calme, durant laquelle nos malades présentaient un état psychique anormal, tel qu'avec une certaine expérience des aliénés, on pouvait prédire à coup sûr le retour des accès ultérieurs.

Frappé de la constance de ces symptômes et de l'intérêt que présentaient les cas que nous avons observés, tant au point de vue clinique qu'au point de vue médico-légal, nous avons essayé de les réunir et de les étudier pour en faire le sujet de notre travail inaugural : travail dans lequel nous avons été aidé des conseils expérimentés de notre excellent maître le docteur Bouchereau, médecin en chef de la division des femmes à l'asile Sainte-Anne, auquel nous

adressons ici l'expression de notre vive et respectueuse gratitude.

Nous avons divisé cette étude en huit parties :

La première comprendra l'historique et résumera l'opinion des auteurs sur la forme d'affection mentale qui nous occupe.

Dans la deuxième, nous tâcherons de justifier le titre que nous avons choisi et de définir nettement la manie chronique à type rémittent.

La troisième traitera de la symptomatologie de cette affection.

La quatrième sera réservée au diagnostic.

La cinquième au pronostic et au traitement.

Dans la sixième, nous étudierons rapidement les questions médico-légales que soulève l'étude des périodes de rémission.

La septième renfermera nos observations personnelles et inédites ainsi que celles qu'il nous a paru intéressant d'emprunter aux différents auteurs.

Dans la huitième, enfin, nous établirons nos conclusions.

Nous n'avons d'autre ambition, en commençant ce modeste travail, que celle d'étudier avec le plus de soin possible et dans la mesure de nos forces une page de

l'histoire un peu délaissée des folies dites intermittentes.

Qu'il nous soit permis, en terminant ces quelques lignes d'introduction, de prier notre éminent maître, le professeur Benjamin Ball, d'agréer l'expression de notre profonde reconnaissance pour le bienveillant intérêt qu'il nous a toujours témoigné et dont il vient de nous donner une nouvelle marque en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous adressons aussi tous nos remerciements à messieurs Celles et Joly, internes provisoires à Sainte-Anne, dont les renseignements sur l'état actuel des malades nous ont été très utiles, ainsi qu'à notre ami le docteur G. Schlemmer pour l'obligeance avec laquelle il a mis à notre service sa connaissance approfondie de la langue allemande.

DE

# LA MANIE CHRONIQUE

## A FORME RÉMITTENTE

---

## CHAPITRE PREMIER

### HISTORIQUE

Sans vouloir nous arrêter à l'étude des théories et des descriptions trop confuses que nous ont laissées les médecins de l'antiquité et du moyen âge, rappelons seulement que vers la fin du premier siècle de notre ère, Arétée de Cappadoce et un peu plus tard Cœlius Aurelianus donnent les premiers une description assez exacte de la manie et, après avoir signalé l'excitation cérébrale qui la constitue, insistent sur la disposition de cette phrénopathie aux rechutes.

Il nous faut ensuite remonter jusqu'à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle où, pour la première fois, nous voyons diviser la manie en manie continue et manie rémittente par Sauvages [1] : division qui perd, d'ailleurs, de son importance au point de vue spécial où nous nous plaçons, en ce que Sauvages confondait sous la dénomination générale de manie les formes les plus diverses

1. Sauvages, *Nosologie médicale*, Genève, 1769.

d'affections mentales, telles que l'hystérie, l'épilepsie, la démonopathie, la lycanthropie, etc.

A dater du commencement du siècle, la science de l'aliénation mentale, sous l'influence des travaux de Pinel, entre dans une voie nouvelle. L'observation directe du malade sert de base à une étude plus approfondie de la symptomatologie des aliénations, et permet de distinguer entre elles en même temps que de classer une foule de phrénopathies jusqu'alors confondues sous une même dénomination.

Pinel[1], dans son remarquable traité, regarde la forme *intermittente* ou *périodique* comme la forme la plus ordinaire de la manie : « Les écarts de l'entendement qui caractérisent ses accès, correspondent à ceux de la manie continue et en donnent une juste idée. »

Il distingue la manie *périodique irrégulière*, la plus fréquente, dans laquelle les accès reviennent sous l'influence de causes variées mais connues, et la manie *périodique régulière*, forme rare et généralement incurable, dont les accès se renouvellent en suivant des périodes invariables « par une disposition interne qui ne nous est connue que par ses effets ». Sur 200 maniaques observés à l'hospice de Bicêtre, Pinel a trouvé 52 cas de manie périodique irrégulière, et 6 seulement de manie périodique régulière.

Pour Georget[2], la manie peut être continue, rémittente ou intermittente ; l'intermittence est régulière ou irrégulière, et se distingue de la rémittence en ce que, dans le premier type, les intervalles lucides sont plus longs[3].

Broussais[4], voulant appliquer sa doctrine de l'irritation à l'examen de la folie déclare, dans son curieux ouvrage, que

1. Ch. Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, Paris, an IX.
2. M. Georget, *De la folie*, Paris, 1820.
3. Du même, article Folie, in *Dict. en* 30 vol. Paris, 1836.
4. Broussais, *De l'irritation et de la folie*, Paris, 1828.

toutes les formes de la folie peuvent être intermittentes ou périodiques : « Tant que l'irritation dont elles dépendent n'a pas altéré la texture du cerveau et les viscères du bas ventre ». Il est des accès qui reviennent plusieurs fois durant le cours de l'année, d'autres ne se reproduisent qu'une seule fois et à certaines époques, comme au printemps, à l'automne, etc. (V. p. 118, obs. XX).

Esquirol[1], après avoir divisé la manie en *continue*, *intermittente*, et *rémittente*, cette dernière ne différant de la forme continue; « qu'en ce que le désordre des idées et des actions offrent des rémissions plus ou moins marquées, plus ou moins régulières », s'étend sur la manie intermittente régulière ou irrégulière (V. p. 118, obs. XIX). Il considère cette dernière forme comme très fréquente, et pense qu'elle compte pour un *tiers* dans une grande réunion de maniaques. Elle peut affecter le type quotidien, tierce, quarte, ou l'accès revient tous les trois mois, deux fois l'année, tous les ans, tous les deux, trois, quatre ans. Entre les accès qui éclatent spontanément sans causes connues, le retour aux idées, aux affections, aux habitudes de la santé est complet. *Cependant quelquefois il reste des symptômes qui prouvent que l'accès n'a pas eu une solution complète.*

La proportion indiquée par l'illustre aliéniste est évidemment exagérée; il faut tenir compte de ce qu'il ajoute : que cette forme de manie est fréquemment compliquée d'hystérie, d'épilepsie et de paralysie. Il considère aussi, comme atteints de manie intermittente, des malades dont il cite les observations. Par exemple : un militaire ayant contracté une maladie vénérienne à trois reprises différentes, eut chaque fois un violent accès maniaque dont il guérit parfaitement; des femmes ayant un accès de manie, soit chaque fois qu'elles accouchaient, soit chaque fois qu'elles nourrissaient, soit enfin toutes les fois

1. Esquirol, *Des maladies mentales*, Paris, 1838.

qu'elles arrivaient au moment du sevrage. Il nous paraît évident qu'on ne peut rapporter à la manie intermittente proprement dite, des cas d'accès maniaque chez les épileptiques, les hystériques ou les paralytiques généraux au début, pas plus que des accès de manie puerpérale avec rechutes.

L'année suivante, Calmeil[1], dans son article MANIE (in *Dictionnaire en* 30 *vol.*), admet la même division de la manie en continue, rémittente et intermittente sans établir nettement de différence entre ces diverses formes. Il signale quelques particularités intéressantes sur la physionomie des accès : « On est souvent étonné, dit-il, de voir les symptômes qui caractérisent le délire et qui se reproduisent à intervalles égaux, revêtir sur quelques maniaques, une forme qui varie à peine; les mêmes gestes, les mêmes discours, les mêmes extravagances, les mêmes erreurs de jugement correspondant aux mêmes lésions cérébrales ».

En 1847, Aubanel[2] publie dans les Annales médico-psychologiques un rapport médico-légal sur un cas de lypémanie intermittente et le fait suivre de quelques observations. Il fait remarquer avec juste raison que les intermittences dans la manie sont de deux ordres et qu'il ne faut pas confondre les intermittences survenant dans le cours d'un même accès de manie, avec celles qui séparent deux accès de manie. Les premières, en effet, indiquent la période de déclin de l'accès et constituent un signe favorable; les autres, au contraire, permettent d'établir, dans la grande majorité des cas, un pronostic d'incurabilité.

Dans une intéressante note sur les intervalles dits *lucides chez les aliénés*, notre excellent maître, M. le docteur Billod[3], insiste sur la rareté de la manie intermittente : « La manie

1. Calmeil, Article MANIE, in *Dict. en* 30 vol., t. XIX, Paris, 1839.
2. Aubanel, *Annales médico-psychologiques*, t. IX, 1847.
3. Billod, *Note sur les intervalles dits lucides chez les aliénés. — Annales médico-psychologiques*, 1852.

intermittente peut, il est vrai, affecter le type quotidien, tierce ou quarte, mais la manie est bien plus rarement intermittente qu'on ne le pense généralement. Entre les accès, les troubles qui caractérisaient ces derniers, paraissent disparaître complètement, mais pour un observateur attentif, l'état mental qui leur succède est loin d'être un état absolument normal. Assez ordinairement alors, on observe une teinte de mélancolie que rien ne justifie, car elle ne repose que bien rarement sur la conscience que le malade pourrait avoir de la gravité de la position et sur les craintes que pourrait lui inspirer le retour de ses accès, cette conscience et ses craintes lui faisant, la plupart du temps, heureusement défaut.

» Nous croyons aussi qu'il se produit alors quelques troubles de la sensibilité et de l'intelligence qui restent intérieurs et inaperçus, tant parce que les malades n'en ont pas conscience que parce qu'il sont peu expansifs et semblent concentrer en eux-mêmes ce qu'ils éprouvent..... L'intégrité momentanée leur permet de lutter momentanément contre les entraînements du mal, jusqu'à ce qu'ils succombent dans cette lutte inégale..... Ajoutons que ces diverses nuances de l'état mental qui remplit l'intervalle des accès ont d'autant plus de valeur, au point de vue séméiologique, qu'elles ne préexistaient pas à la première invasion de la maladie et qu'elles ne caractérisaient pas l'état habituel du malade..... Dans *aucun des cas* que j'ai observés, je n'ai constaté pendant l'intervalle des accès un état mental parfaitement régulier. » (V. p. 119 et 120, obs. XXIII et XXIV.)

Guislain[1], dans ses leçons cliniques, admet les manies intermittentes avec des intervalles de six, quatre et deux jours. (V. p. 121, obs. XXVII.) — Pour lui l'intermittence des phénomènes morbides est loin d'être d'un augure favorable : « De tous

1. Guislain, *Leçons orales sur les phrénopathies*, Gand, 1852.

les types, celui qui présente le moins de chances de curabilité, c'est le type *périodique à longs intervalles*. Il offre une certaine analogie avec le retour des accès épileptiques. On voit rarement se dissiper des aliénations dont les retours ont lieu tous les trois mois, tous les six mois, tous les ans..... Ces différents accès ne doivent être envisagés que comme une même maladie qui paraît, qui disparaît, qui n'est qu'un flux, un reflux, qu'une retraite, une marche en avant, une marche en arrière, mais qui existe toujours soit à l'état latent, soit à l'état appréciable ».

Pour Morel[1], l'alternance entre les symptômes, l'intermittence, la périodicité et la rémission sont « les éléments pathologiques essentiels des aliénations héréditaires ». L'éminent médecin de Rouen paraît même croire que ces types appartiennent presque exclusivement à la folie héréditaire; nous essaierons plus loin de montrer ce que cette opinion a d'exagéré, en signalant des manies périodiques et rémittentes chez les aliénés ne présentant aucun antécédent héréditatre morbide. Nous empruntons à Morel une observation d'un cas curieux de manie intermittente proprement dite. (V. p. 121, obs. XXVI.)

Marcé[2] pense que dans la manie aiguë, le type rémittent est le plus fréquent et le plus favorable au point de vue de la guérison, mais il n'en est pas de même dans la manie chronique et pour le type intermittent : « Les rémissions peuvent être plus ou moins accentuées : On voit des malades chez lesquels le délire se circonscrit singulièrement pendant la période de calme, ils peuvent dissimuler leurs préoccupations maladives, se maintenir et en imposer pour une guérison, bien qu'au fond les idées délirantes restent les mêmes, prêtes à reprendre leur empire au premier paroxysme. Chez les ma-

1. A. Morel, *Traité des maladies mentales*, Paris, 1860.
2. V. Marcé, *Traité pratique des maladies mentales*, Paris, 1864.

niaques, pendant ces rémissions, on remarque de l'inaptitude au travail, de l'insomnie, quelquefois un reste d'excitation. »

Falret père [1] a étudié avec soin les types intermittent, rémittent et périodique, qu'affecte la manie chronique dans sa marche. Il signale la difficulté qu'éprouve le praticien à établir un diagnostic certain entre une intermittence, une rémission et même un intervalle lucide : « 1° parce qu'il est difficile de reconnaître un délire qui persiste dans l'esprit sans pousser à l'action; 2° parce que dans les rémissions prononcées, les malades ont assez d'empire sur eux pour recourir à la dissimulation. » Notons en passant que, pour Falret, l'intermittence se distingue de l'intervalle lucide par sa brièveté et par son absence de périodicité.

Le premier, cet éminent observateur décrit la manie à marche rémittente comme une forme intéressante et spéciale, forme essentiellement chronique dans laquelle des accès violents et de courte durée alternent d'une façon plus ou moins régulière avec des rémissions notables : « C'est une folie continue avec des exacerbations et des rémissions tellement tranchées qu'il faut les observer avec beaucoup d'exactitude pour la différencier des folies intermittentes..... En observant les malades on voit manifestement que le trouble de l'intelligence et des sentiments existe encore à un certain degré, qu'ils présentent beaucoup de lacunes dans leur manière de parler et d'agir vis-à-vis des personnes qui les entourent, et que le plus souvent, malgré leur amélioration notable, ils ne reconnaissent pas qu'ils ont été aliénés. »

Et plus loin : « Ces rémissions ne peuvent être considérées comme de véritables intermittences, puisque le délire persiste; mais elles en ont les apparences, tant elles contrastent avec le caractère des accès qui les précèdent ou les suivent.

1. Falret (J.-P.), *Des maladies mentales et des Asiles d'aliénés*, Paris, 1864.

Il importe beaucoup de distinguer cette forme qui est ordinairement très grave. »

Nous n'aurions presque rien à ajouter à cette esquisse faite à grands traits et de main de maître, si Falret n'établissait des distinctions entre la manie à forme rémittente, la manie à forme intermittente simple ou périodique, et la manie intermittente à courts intervalles de lucidité complète : distinctions que le savant clinicien reconnaît être difficiles à établir et qui nous paraissent un peu subtiles. Nous nous proposons de revenir sur ce sujet dans le chapitre réservé au diagnostic.

Legrand du Saulle[1] fait remarquer combien il est important, au point de vue médico-légal, de distinguer la rémission qu'il appelle « une dissimulation maladive » de l'intermission ou intervalle lucide.

Ce dernier « consiste, dans la suspension absolue mais temporaire des manifestations et des caractères du délire... On l'observe souvent dans la manie (25 sur 100 environ). » Nous pensons, pour nous expliquer cette énorme proportion, que l'auteur a eu en vue les intervalles lucides observés dans la période de début et de déclin d'un même accès de manie aiguë.

Dans son remarquable article : Lucidité, du dictionnaire de Dechambre, Linas[2] admet que la manie est une des espèces de phrénopathies où l'on observe le plus souvent des intervalles lucides, mais cet auteur pense que les *intervalles lucides complets* ou intermittences sont plus fréquents que les *intervalles lucides incomplets* ou rémittences. Sans discuter cette opinion, il ajoute que ces intermittences et ces rémittences sont parfois tellement marquées qu'elles impriment à la marche de la maladie des allures spéciales, d'où les deux formes définitivement admises de manie rémittente et de manie intermittente.

1. Legrand du Saulle, *La folie devant les tribunaux*, Paris, 1864.
2. Linas, Article Lucidité, in *Dict. encyclopéd.*, Paris, 1869.

Deux ans après, dans l'article MANIE, le même auteur signale l'existence de longues rémissions dans certaines formes de manie. Il admet sans restrictions la classification des manies d'Esquirol et ajoute, sans s'arrêter au diagnostic différentiel des diverses formes, qu'une manie intermittente peut devenir rémittente. D'accord avec tous les auteurs, il signale la gravité du pronostic dans l'un et l'autre cas[1].

Griesinger[2] indique comme fréquentes dans la manie, des rémissions qui peuvent être quelquefois considérées comme des intermissions, mais il ne fait pas de formes spéciales et confond la manie intermittente, rémittente et périodique, insistant seulement sur la gravité du pronostic.

M. Ach. Foville fils[3], dit que la folie, une fois déclarée, peut affecter le type aigu ou le type chronique, elle peut être continue, rémittente ou intermittente, puis, se plaçant à un point de vue plus général, il fait remarquer avec juste raison que la plupart des folies arrivées à la période chronique présentent plus ou moins un caractère commun, qui est du reste l'un de ceux qui appartiennent le plus, en propre, à la classe entière des névroses; c'est l'irrégularité de leurs cours, la fréquence des exacerbations ou paroxysmes et l'alternance dans le mode d'expression et la nature des symptômes.

« En un mot, la mobilité, l'alternance des symptômes, leur retour par accès sont beaucoup plus marqués chez certaines catégories d'aliénés que chez d'autres, mais néanmoins, ce sont des caractères communs à toutes, et ils constituent l'un des traits les plus essentiels de la marche de la folie envisagée d'une manière générale.

» Au nombre des modes d'expression les plus fréquents de ce caractère, il convient de ranger l'atténuation ou même la

1. Linas, Article MANIE, in *Dict. encyclopéd.*, Paris, 1871.
2. W. Griesinger, *Traité des maladies mentales*, traduit par le Dr Douimic, Paris, 1873.
3. Ach. Foville, Article FOLIE, in *Dict. de méd. et de chirurg. prat.*, Paris, 1872.

cessation momentanée des symptômes de perturbation mentale. Lorsque cette atténuation est générale sans être complète, elle constitue une *rémission*... Les améliorations plus complètes, mais n'ayant qu'une courte durée et alternant d'une manière régulièrement périodique avec les phases délirantes, constituent des *intermittences*. Les folies franchement, régulièrement intermittentes, sont loin d'être communes; elles nous ont paru, dans la pratique, moins fréquentes qu'on ne serait porté à le croire d'après les livres. »

Contrairement à l'avis de Falret père, M. Foville croit que les intermittences se différencient des intervalles lucides par leur durée plus longue.

A propos des rechutes qui, de tout temps, ont été considérées comme fréquentes dans toutes les maladies mentales, l'auteur pense qu'il existe bien des malentendus à cet égard : Il arrive qu'un malade passe successivement par des phases différentes de délire qui toutes constituent un véritable état d'aberration mentale, mais dont les unes lui permettent de rester libre dans sa famille ou dans la société, tandis que les autres nécessitent son placement dans une maison de santé. Chacune de ses rentrées sera comptée, dans les statistiques, comme une rechute, ce qui est une erreur. En effet, ce ne sont pas là autant de maladies différentes mais seulement des phases successives d'une même maladie qui n'a jamais cessé d'exister.

Dans l'article Manie[1], qui paraît trois ans après, Ach. Foville ne fait pas de description spéciale de la manie rémittente ou intermittente. Il indique seulement que dans la manie chronique on observe des périodes de calme relatif et d'exacerbation, pendant lesquelles les symptômes acquièrent de nouveau toute leur acuité primitive ; le malade arrive ainsi à la démence. La démence, dans ces cas, conservait un certain cachet d'exci-

1. Ach. Foville, Article Manie, in *Dict. de méd. et de chirurg. prat.*, Paris, 1875.

tabilité habituelle, et des retours plus ou moins espacés d'agitation maniaque.

Pour Dagonet[1], toutes les folies présentent souvent, comme la plupart des névroses, des rémittences remarquables, mais cet auteur fait remarquer que, dans la manie surtout, on voit ce caractère porté à un haut degré. Quelquefois aussi la folie affecte un type intermittent des mieux caractérisés. On voit des accès d'aliénation cesser complètement, et lorsqu'ils réapparaissent, ils affectent la même forme et les mêmes particularités.

L'auteur, tout en admettant l'intermittence périodique, pense que, le plus souvent, elle est irrégulière, et quant aux périodes de calme, il est d'avis que, quel que soit l'état de lucidité qui les caractérise, on ne saurait les assimiler aux périodes de santé complète, d'une durée quelquefois de plusieurs années, qui peuvent séparer deux accès d'aliénation mentale.

« Quelque apparente que soit la raison, l'individu n'en est pas moins placé dans une situation spéciale que les moindres circonstances peuvent facilement et instantanément transformer en un état morbide. Sans doute la distinction est souvent difficile à établir; il appartient au médecin, et surtout au médecin aliéniste, d'en fixer le caractère, aprés un examen attentif, dans les cas particuliers, Ainsi, il n'est pas rare d'observer, dans les établissements d'aliénés, des malades, dans les moments de rémission de leur affection, se montrer calmes et raisonnables à ce point qu'il serait difficile de constater chez eux le moindre signe de dérangement intellectuel, et cependant, une fois livrés à eux-mêmes, sous l'influence, en quelque sorte de l'excitation de la vie extérieure, on les voit, aussitôt, commettre les actes les plus déraisonnables. »

Dans le chapitre qui traite plus particulièrement de la manie,

1. Dagonet, *Nouveau traité élémentaire et pratique des maladies mentales*, Paris, 1876.

M. Dagonet ne paraît pas admettre les types d'intermittence quotidienne, tierce, quarte, et ne parle que d'accès de manie séparés par des intervalles de quinze jours, d'un mois, six semaines, etc. Il ajoute que, pendant les intervalles de rémission, les malades jouissent d'un degré souvent incomplet de lucidité.

H. Schüle[1] confond les différentes formes de manie décrites par les auteurs précédents sous le nom de manie périodique (*periodische Tollsucht*). Il reconnaît néanmoins, que, la plupart du temps, les intervalles entre les accès sont de durée inégale et que le retour de ces derniers n'a rien de fixe.

Pour cet auteur, ce qu'il y a de caractéristique dans cette forme de phrénopathie, c'est que le malade, pendant la période de calme, n'est point normal au point de vue psychique. C'est un intervalle lucide apparent, les malades ne retrouvent jamais le « juste équilibre intellectuel » ils sont taciturnes, fatigués, déprimés ; quelquefois il subsiste un léger état d'excitation avec faiblesse intellectuelle ; dans d'autres cas encore, on observe des anomalies de l'humeur, du caractère et de l'esprit, contrastant avec les habitudes de la vie antérieure du malade. Il ajoute que sa manière de comprendre l'intervalle lucide dans la manie périodique concorde absolument avec la description qu'en a faite Falret père, à propos de la manie rémittente.

L'auteur allemand ne paraît pas admettre la manie intermittente à intervalles lucides complets, puisqu'il ne la mentionne pas et qu'il déclare que la seule distinction qu'il établisse entre un nouvel accès de manie périodique et une rechute, c'est que cette dernière est précédée d'un état psychique normal.

Il regarde la manie périodique comme une maladie grave : « une névrose profondément organique et présentant fré-

1. H. Schüle, *Handbuch des Geisterkankheiten*, Leipzig, 1878.

quemment, pendant les accès, l'image d'une irritation cérébrale profonde, avec actes impulsifs et troubles de l'idéation très accentués. »

Le Dr J. Cotard[1] s'étonne de ce que la folie intermittente n'ait pas été généralement admise comme espèce morbide, tandis que la folie circulaire a été reconnue comme telle par la plupart des pathologistes : « Le début brusque de l'accès, sa marche continue, sa terminaison rapide, l'analogie des accès successifs, le caractère fréquemment héréditaire de la maladie constituent, incontestablement, un ensemble de signes spéciaux suffisants pour que la folie intermittente ait sa place à côté de la folie circulaire dans le cadre nosologique.

Je n'oserais pas être aussi affirmatif pour la folie intermittente à courts accès, séparés par de courtes rémissions. Falret a insisté sur l'incurabilité caractéristique de cette forme. En réalité, cette incurabilité appartient à toutes les formes intermittentes. Dans la folie intermittente à longs intervalles, les guérisons ne sont que des guérisons d'accès, la disposition pathologique du système nerveux persiste, et il ne faut pas prendre pour une récidive, l'explosion d'un accès ultérieur. La preuve que cette disposition du système nerveux persiste, c'est que, pendant les intervalles, les malades présentent souvent un état mental particulier.

Luys[2], dans son traité des maladies mentales, ne décrit pas la manie intermittente ou rémittente en tant que forme spéciale, mais il constate que, dans certains cas, l'accès de manie étant terminé dans un laps de temps qui peut osciller entre six semaines et deux mois, l'état constitutionnel qui a favorisé l'explosion de l'accès n'en est pas moins persistant, il reste en puissance à l'état latent, et, à un moment donné, il est encore apte à faire une nouvelle apparition.

1. Cotard, Article FOLIE, in *Dictionnaire encyclopéd.*, Paris, 1879.
2. Luys, *Traité clinique et pratique des maladies mentales*, Paris, 1881.

Pour le Dr Taguet[1], l'intermittence, qui est généralement considérée comme un symptôme et plus particulièrement une manière d'être de la manie, paraît devoir caractériser dans certains cas, une entité morbide spéciale, à laquelle il donne le nom de délire intermittent.

Cette affection est essentiellement héréditaire : elle est caractérisée par des accès de très courte durée, pendant lesquels (même dans la période la plus aiguë de l'affection) les malades conservent une partie de leur intelligence et de leur libre arbitre. Comme toutes les folies intermittentes des auteurs, le délire intermittent est incurable dans son essence et n'amène la déchéance intellectuelle qu'après un très long terme. Le Dr Taguet cite à l'appui de sa thèse l'observation fort intéressante d'une malade qui a, tous les deux ou trois jours au moins, depuis quarante ans, des accès d'excitation maniaque, avec conscience de son état pendant l'accès, et qui a conservé l'intégrité absolue de ses fonctions intellectuelles durant les intervalles de calme « aussi absolue, dit l'auteur en terminant, qu'elle peut l'être chez une nature que son organisation expose à un danger constant. »

Nous pensons qu'il n'y a, entre le délire intermittent de M. Taguet et la manie rémittente ou intermittente des auteurs, qu'une différence du plus au moins ; ce n'est, pour nous, qu'une question de degré, soit dans l'intensité du délire, soit dans la lucidité de la période de calme ; et nous classerions volontiers l'observation rapportée par l'honorable médecin en chef de l'asile de Bordeaux, parmi les cas que Falret père a décrit sous le nom de manies intermittentes à courts accès et à courts intervalles de lucidité complète.

Enfin, dans une remarquable étude médico-légale[2], actuel-

1. Taguet, *Contribution à l'étude du délire intermittent*, in *Ann. médic.-psych.*, mars 1882.
2. Doutrebente, *Etude médico-légale sur les intermissions, les intervalles*

lement en cours de publication, et dont nous avons eu la bonne fortune, grâce à l'extrême bienveillance de l'auteur, d'avoir le manuscrit entre les mains, le Dr Doutrebente, médecin en chef de l'asile de Blois, donne rapidement quelques indications, sur la fréquence de l'intermittence dans la folie en général et sur quelques signes propres à la manie intermittente (notamment la terminaison brusque de l'accès).

Après avoir déclaré qu'il partageait absolument la manière de voir de Falret père, à propos de l'intervalle lucide, qu'il définit : « un moment lucide, une lueur de raison qui apparaît irrégulièrement pour un temps variable, mais court, et dont rien ne peut faire prévoir l'arrivée ou le retour, » le Dr Doutrebente établit d'une façon très nette la différence qui existe entre l'intermission et la rémission : « l'intermission ou l'intermittence est la période intervallaire à deux accès d'aliénation mentale intermittente, quelle qu'en soit la forme ; c'est une véritable guérison momentanée à durée variable, un véritable retour à la raison, *qui est invariablement pris pour la guérison quand on observe le malade pour la première fois.* »

Pour la rémission, tous les auteurs en font un état spécial qui n'est ni l'intermission ni l'intervalle lucide, état caractérisé par la diminution, l'amoindrissement des symptômes morbides. Dans l'intermission, il y a suspension, disparition du mal ; dans la rémission, pour si complète qu'elle soit, la maladie subsiste encore.

*lucide et les rémissions dans les maladies mentales*, in *Bulletin de la Société des lettres, des sciences et des arts du Loir-et-Cher*, Blois, 1882.

# CHAPITRE II

## DÉFINITION

L'historique qui précède, un peu long peut-être, nous a paru indispensable pour montrer combien ont été nombreuses les opinions émises, depuis Pinel, sur la manie intermittente ou rémittente, et combien est grande encore la confusion qui règne sur ce sujet.

Nous voyons que presque tous les auteurs confondent indifféremment toutes les formes de manie revenant par accès sous les dénominations de manie intermittente, manie périodique ou manie rémittente. Lors même que, à l'exemple de Falret père et du Dr Billod, ils distinguent cliniquement ces trois formes, ils signalent, en même temps, la difficulté qu'éprouve le praticien à les diagnostiquer différentiellement.

En ce qui regarde les périodes de calme qui séparent chaque accès, la confusion est la même : les uns pensent que le malade recouvre l'exercice intégral de ses facultés intellectuelles et morales; les autres, et ceux-ci sont les plus nombreux, signalent l'existence d'un état psychique particulier et anormal.

Nous demanderons donc, avant d'aller plus loin, la permission de définir aussi nettement que possible ces trois termes : *Intermittence*, *Rémittence*, *Périodicité*.

1° L'intermittence, dit le Dr Hirtz[1], suppose la maladie exis-

1. Hirtz, Art. INTERMITTENCE in *Dict. de méd. et chirurg. prat.*, Paris, 1874.

tant encore actuellement, mais ne se manifestant par aucun symptôme propre. Pour Linas, l'intermittence dans les maladies mentales est caractérisée par une *lucidité entière et réelle;* c'est l'*intervalle lucide* de Casper[1] (*intervallum manifestissimum ac verum* de *Paul Zacchias*)[2].

2° La rémittence est une atténuation, générale sans être complète, des symptômes de perturbation mentale (Ach. Foville). Dans la rémission, dit Linas, il existe un état intermédiaire entre la folie et la raison : la *lucidité est confuse, imparfaite et relative ;* c'est l'*intervalle pseudolucide de Casper* (*intervallum obscurum et apparens*).

3° La périodicité. Lorsque le type intermittent se présente sous forme de périodes préfixes, il s'appelle périodique (Hirtz). Remarquons, avant de passer outre, que le terme périodicité ne porte que sur l'époque de retour de l'accès, ce qui, dans la question qui nous occupe, peut être considéré comme secondaire, tandis que les termes intermittence et rémittence portent, s'il nous est permis de nous exprimer ainsi, sur la *qualité* de la période intervallaire.

Or, chez aucun des malades qu'il nous a été donné d'observer, pas plus que chez ceux dont l'observation inédite nous a été communiquée, nous n'avons rencontré ce véritable retour à la raison, cette lucidité entière et réelle qui, pour les auteurs qui ont spécialement étudié la question, caractérisent l'intermittence.

Nous avons constaté, au contraire, un état psychique particulier caractérisé, le plus souvent, par un état d'apathie, d'indifférence, de concentration, par l'absence ou la perversion des sentiments affectifs, d'autres fois par des susceptibilités de caractère, des singularités d'habitude, des instabilités d'idée et de volition, des impatiences, des inquiétudes : toutes modi-

1. Casper, *Médecine légale*, traduct. de Germer-Baillère, Paris, 1862.
2. P. Zacchias, *Quæstiones medico-legales*, lib. II, tit. 1, quæst. XXI, 1621.

fications qui indiquent clairement que le sujet est encore malade, que le délire sans cesser d'exister, cesse seulement de se manifester et reste, pour ainsi dire, à l'état latent. C'est bien là, à ce qu'il nous semble, la lucidité confuse imparfaite et relative de Linas, la rémission. Ceci dit, il est facile de se rendre compte que la plupart des auteurs, se préoccupant davantage de la fatalité qui semble présider au retour des accès que de l'état mental des malades pendant la période intercalaire, ont décrit, sous la dénomination générale de manie intermittente, tous les cas de manie rémittente qu'ils ont observés.

En effet, ils constatent généralement des anomalies dans l'état psychique de leurs malades ; pour les uns, ces anomalies sont accidentelles, pour les autres elles sont fréquentes, pour d'autres enfin, à notre avis trop exclusifs, elles sont la règle.

Loin de nous d'ailleurs, la pensée de nier l'existence des manies franchement intermittentes et périodiques. Les pères de la science aliéniste, Pinel et Esquirol, et après eux les auteurs les plus recommandables en ont cité des cas dont les caractères cliniques sont très nettement établis. Mais le nombre de ces observations est restreint et nous croyons avec MM. Foville, Billod et Schüle, pour ne citer que ceux qui ont particulièrement insisté sur ce point, que la manie intermittente à intervalles lucides complets et surtout la manie intermittente périodique à type quotidien, tierce, quarte, hebdomadaire ou mensuel décrite pour la première fois par Pinel et Esquirol et mentionnée après eux par tous les livres traitant des maladies mentales, est une forme extrêmement rare, voire même exceptionnelle.

Nous citerons encore à l'appui de cette opinion celle de nos maîtres, MM les docteurs Bouchereau et Espiau de Lamaëstre, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, qui, dans le cours de leur longue carrière, n'ont pas eu l'occasion d'observer un seul càs de manie franchement intermittente et périodique.

M. le Dr Giraud, médecin en chef de l'asile de Fains (Meuse), et M. le Dr Mabille, médecin en chef de l'asile de Lafond (Charente-Inférieure) ont bien voulu nous envoyer leur avis sur cette question intéressante. Chacun d'eux n'a pu en observer qu'un seul cas, il y a quelques années, à l'asile de Maréville (Meurthe). Nous ajouterons enfin, de quelque peu de poids que puisse être notre témoignage après celui de praticiens aussi autorisés, que dans les différents services auxquels nous avons été attaché comme interne, depuis trois ans, nous n'en avons pas rencontré.

Telles sont les raisons qui nous ont paru nous autoriser à traiter de la manie chronique à forme rémittente, à essayer de dégager sa symptomatologie propre de l'histoire un peu confuse des folies dites intermittentes, et de déterminer, dans la mesure de nos forces, ses caractères cliniques constants : c'est ce que nous allons tenter dans les chapitres qui suivent.

# CHAPITRE III

## SYMPTOMATOLOGIE

*Fréquence.* — On comprendra qu'il nous est difficile de déterminer d'une façon exacte la fréquence de la manie chronique à type rémittent; nous nous bornerons seulement à constater que, d'après nos recherches personnelles, sur une réunion de cent malades désignés dans les asiles, sous la dénomination un peu vague de maniaques chroniques, il en existe quatre ou cinq présentant nettement les symptômes que nous allons décrire. De plus, cette affection paraît être plus fréquente dans le sexe féminin que chez l'homme. Sur 16 observations que nous publions, 12 se rapportent à des femmes et quoique nous puissions expliquer cette énorme disproportion par ce fait que durant notre internat nous avons été attaché presque constamment à des divisions d'aliénées, les renseignements que nous avons puisés auprès de nos maîtres et de nos collègues des asiles, nous portent à penser que la manie rémittente, comme, d'ailleurs, toutes les variétés de manie aiguë ou chronique se rencontre plus souvent chez la femme que chez l'homme.

*Étiologie.* — Toutes les causes prédisposantes, soit générales, soit individuelles de la folie en général, agissent dans le développement de la manie chronique à type rémittent, et il nous paraît superflu de les énumérer ici. Nous indiquerons seule-

ment la plus importante de toutes, celle que Morel considérait comme la seule capable d'engendrer la forme intermittente dans toutes les psychoses : nous voulons parler de l'hérédité. Sans nier l'importance de cette cause dans la forme qui nous occupe, nous pensons que l'opinion de Morel est trop absolue. En effet, si nous passons en revue les quinze malades dont nous rapportons les observations, nous voyons que chez trois d'entre eux l'hérédité est bien établie, que cinq ne présentent aucun antécédent héréditaire, quatre fournissent des renseignements qui peuvent paraître douteux; enfin les antécédents de trois nous sont inconnus. En admettant que nous rangions les sept malades appartenant aux deux dernières catégories parmi les aliénés héréditaires, nous constatons encore que dans un tiers de nos cas, l'hérédité ne peut entrer en jeu comme cause prédisposante.

Schüle cite un cas fort intéressant (obs. XVIII) de manie rémittente dont il rattache la cause à une déformation congénitale du crâne. Son malade ne présentait aucun antécédent héréditaire.

Enfin, nous citerons, sans plus y insister que ne l'a fait l'auteur, l'opinion du Dr Billod qui, après avoir passé plusieurs années dans le département du Loir-et-Cher comme médecin en chef de l'asile de Blois et y avoir observé un assez grand nombre de manies intermittentes (obs. XXIII et XXIV), est porté à penser que le génie endémique de la Sologne qui forme une partie du territoire de ce département peut ne pas être étranger, sinon à la reproduction, du moins à la détermination de ce type de folie.

Il y a quelques années, Focke [1] par d'intéressantes observations a montré que dans l'empoisonnement paludéen, les accès de délire pouvaient se substituer aux accès de fièvre et

1. Focke, *Uber typisches Irresein.* Allg. Zeitschrift f. Psych., Bd 5.

constituer ainsi une véritable folie intermittente de forme mélancolique ou maniaque.

En résumé, si depuis Sydenham[1] les travaux de différents auteurs (Baillarger[2], Sébastian[3], Christian[4], Mabille[5]) ont prouvé assez nettement que les fièvres intermittentes peuvent devenir une cause d'aliénation mentale soit par une action toxique spéciale du miasme paludéen, soit et surtout, en produisant l'anémie, il n'est nullement établi que la malaria puisse déterminer le type intermittent dans les folies à marche chronique.

Nous répéterons pour les causes occasionnelles ou déterminantes (et nous ne voulons parler ici que de l'étiologie de l'accès de manie, dans la forme chronique et rémittente de cette affection), ce que nous avons dit tout à l'heure pour les causes prédisposantes : elles n'offrent rien de caractéristique et rentrent toutes dans la catégorie des causes classiques de l'accès de manie franche aiguë, nous ajouterons même, que si dans la majorité des cas que nous avons observés, le premier accès est justiciable d'une cause déterminée, la plupart du temps, dans le cours de la maladie confirmée, les accès éclatent avec une spontanéité que nous sommes réduits à attribuer avec Pinel, « à une disposition interne qui ne nous est connue que par ses effets ».

Quoi qu'il en soit, chez douze de nos malades nous avons pu remonter à la source de l'affection et nous avons trouvé comme causes prédominantes : la puerpéralité (un tiers des cas) et les chagrins domestiques (un quart des cas). Les malades qui restent attribuent leur premier accès à des émotions morales

1. Sydenham, *Médecine pratique*, trad. Jauld, Paris, 1774.
2. Baillarger, *Note sur la folie à la suite des fièvres intermittentes. Ann. médic.-psych.*, 1843.
3. Sébastian, *Remarques sur la mélancolie et la manie, suite des fièvres intermittentes*, trad. Lunier, Paris, 1844.
4. Christian, *De la folie consécutive aux maladies aiguës*, Paris, 1873.
5. Mabille, *Note sur les rapports de l'aliénation mentale et de la fièvre intermittente. Ann. méd.-psych.*, 1881.

vives (l'une d'elles a été effrayée par les incendies de la fin de la Commune) ou à de simples contrariétés qui devaient être de bien minime importance puisque nos malades ne se rappellent plus d'où elles provenaient. Dans un seul cas, l'accès initial a éclaté pendant la convalescence d'une fièvre scarlatine.

Peut-être pourrait-on compter les excès alcooliques parmi les causes occasionnelles, mais il est bien difficile de savoir d'une façon exacte si ces excès sont des causes ou des effets et notamment chez une de nos malades (obs. IV) tout nous porte à croire qu'ils caractérisaient le début de l'accès.

Dans un autre ordre d'idée, nous ferons la même remarque à propos des troubles variés de la menstruation qui accompagnent si fréquemment les accès maniaques, et nous renvoyons, pour nos observations sur la suppression et le rétablissement de cette fonction physiologique, au paragraphe que nous avons réservé à l'étude de la santé générale chez nos malades, à la fin de ce chapitre.

Esquirol a étudié avec soin l'influence qu'exercent les saisons sur la production des accès de manie. Il avait observé que pendant le semestre de mars à août, c'est-à-dire pendant le printemps et l'été, il se développait deux fois plus de manies que dans le reste de l'année. En faisant le relevé général des accès de manie qu'ont présentés nos malades dans le cours de leur affection, nous sommes arrivé au chiffre de 84 accès répartis d'une façon inégale dans les différents mois de l'année. Nous résumons ci-dessous nos recherches en un tableau, qui, dans une certaine mesure, confirme l'opinion d'Esquirol.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Mars..... | 5 | Juin... | 12 | Septembre. | 2 | Décembre. | 1 |
| Avril..... | 4 | Juillet. | 18 | Octobre.... | 7 | Janvier.... | 12 |
| Mai...... | 9 | Août... | 11 | Novembre.. | 5 | Février.... | 8 |
| TOTAUX : Printemps. | 18 | Été. | 31 | Automne. | 14 | Hiver. | 21 |

Le nombre total des accès, pendant le semestre de mars à août, a donc été de 49 et pendant le semestre de septembre à

février de 35 seulement. Signalons, sans pouvoir l'expliquer, la fréquence des accès dans le courant du mois de janvier.

C'est une observation depuis longtemps populaire, que les diverses phases de la lune agissent sur l'état des aliénés et amènent des crises périodiques. Daquin[1], un des premiers, a insisté sur l'influence de la nouvelle lune et des derniers quartiers ; il y a quelques années Lombroso (de Pavie)[2], dans une étude intéressante, a affirmé sa foi dans cette influence, mais il ajoute qu'elle pourrait bien ne plus être aussi mystérieuse qu'elle le paraît à première vue, depuis qu'il a été établi que les révolutions de la lune étaient constamment accompagnées de variations barométriques, et c'est à ces dernières que ses observations personnelles lui permettent d'attribuer les causes des paroxysmes chez les maniaques. Nous avons en effet remarqué, avec toutes les personnes qui vivent au contact des aliénés, que les variations barométriques, amenaient fréquemment soit un peu de dépression, soit une légère excitation intellectuelle chez les malades de nos asiles, mais il nous a été impossible de saisir une corrélation constante entre les exacerbations et les révolutions lunaires.

Ajoutons enfin que, d'après nos observations, le premier accès éclate le plus habituellement entre vingt et trente ans (sept cas sur douze), quelquefois entre trente et quarante, exceptionnellement à un âge plus avancé.

*Description de l'accès.* — Dans la majorité des cas, l'accès débute brusquement et atteint rapidement son paroxysme.

Lorsqu'il est précédé de prodromes, ceux-ci sont toujours de courte durée. Ils consistent souvent en un état de dépression, durant de dix-huit à vingt-quatre heures, et tellement accentué chez certains malades (obs. I) qu'on est obligé de les

1. Daquin, *Philosophie de la folie*, Chambéry, 1792.
2. Lombroso, *De l'influence des phénomènes atmosphériques et de la lune chez les aliénés. Ann. médic.-psych.*, 1867.

faire manger, de les habiller, en un mot de pourvoir à tous leurs besoins. Il s'en faut de beaucoup que ces phénomènes revêtent constamment un caractère aussi tranché; le plus souvent, les accidents se bornent à une courte période de torpeur, d'obtusion intellectuelle, pendant laquelle les malades paraissent absorbés et refusent de se livrer à une occupation quelconque, sans cesser d'avoir pour leur personne les soins accoutumés; on ne constate quelquefois que quelques préoccupations hypocondriaques : le malade a des inquiétudes sur sa santé, demande des médicaments. Ce stade mélancolique survenant au début d'un accès de manie ne présente rien de caractéristique; Guislain, le premier, a constaté son existence au début de toutes les affections intellectuelles, et Falret père a montré, avec juste raison, que le praticien ne se trouvait pas alors en face d'une véritable aliénation mélancolique, mais d'un état général de trouble, de confusion de l'intelligence et d'abattement du moral.

Dans d'autres cas, les malades présentent un certain degré d'excitation qui contraste avec la réserve, quelquefois même la contrainte, qu'on observe dans leur attitude pendant la période de calme. Ils deviennent, tout à coup, gais, causeurs; ils chantent, sifflent, se trouvent très heureux, très bien portants; les femmes sont pleines de coquetterie (obs. III), elles minaudent, réclament des douceurs pour leur régime, mais généralement ces bonnes dispositions durent peu et les malades passent rapidement de la gaieté à l'irritabilité. Ce sont alors des réclamations arrogantes, des plaintes contre les surveillants, les médecins, toutes les personnes qui les entourent. La face se congestionne, le malade s'excite de plus en plus et l'accès éclate.

Lorsque les malades sont en liberté, cette période d'excitation peut revêtir des formes variées. Une de nos malades était prise d'un besoin de locomotion inaccoutumé, parcourait les

rues de Paris, entrait dans tous les magasins et faisait des achats disproportionnés avec sa fortune (obs. XII). Ce fait a déjà été observé par le Dr Doutrebente (obs. XXV). Une autre, citée par le Dr Billod, croyait, au début de chaque accès, qu'elle était sur le point d'accoucher et se mettait au lit (obs. XXIII).

Il est certains malades qui, pendant cette période prodromique, sont pris d'un besoin irrésistible de se livrer à la boisson; ils sont en proie alors, au début de l'accès, et sous l'influence des excès alcooliques, à des hallucinations terrifiantes, à des idées vagues de persécution qui disparaissent au bout d'un certain temps pour faire place aux symptômes propres de l'accès de manie (obs. IV).

Pour plusieurs malades, ces signes précurseurs sont constants et revêtent la même forme au début de chaque accès; pour d'autres, au contraire, ils sont tantôt représentés par des phénomènes d'excitation, tantôt par des phénomènes de dépression; dans quelques cas ils font défaut d'une manière absolue.

Pendant cette période, les malades présentent d'une façon à peu près constante de l'embarras gastrique et de la constipation, quelquefois de la céphalalgie ou des névralgies dont le siège est variable. L'insomnie est la règle, et nous avons observé un cas dans lequel tous les accès débutaient la nuit (obs. X).

Comme nous l'avons dit plus haut, l'accès arrive très rapidement à son paroxysme et diffère peu alors de l'accès de manie classique; il revêt cependant, d'une façon assez constante, les caractères de la violence impulsive; et le malade présente souvent l'image du maniaque furieux; « les yeux étincellent, la figure rougit, la physionomie devient menaçante, le furieux pousse des cris terribles, brise tout ce qui est à sa portée, mord les personnes qui l'approchent et se précipite contre les murs » (Ball) [1]. Presque tous les malades que nous avons ob-

1. Ball, *Leçons sur les maladies mentales*, 2e fascicule, Paris, 1882.

servés étaient considérés comme dangereux, et brisaient ou déchiraient tout ce qui tombait sous leurs mains.

En dehors de ces actes impulsifs, leur délire ne présentait pas de caractère particulier. Il était alimenté, comme chez tous les maniaques, par des hallucinations et des illusions, ces dernières en plus grand nombre, comme l'a fait remarquer M. le professeur Ball. A ce propos, nous citerons le cas d'une de nos malades (obs. I) qui prit une fenêtre pour une porte et se précipita dans l'espace, sans se faire d'ailleurs aucun mal. Le fait rapporté sans commentaires au médecin traitant fit classer la malade parmi les lypémaniaques suicides.

Si dans l'affection chronique que nous décrivons, chaque accès observé séparément ne peut se différencier d'un accès de manie quelconque, il n'en est pas de même lorsque l'on considère chez un même malade tous les accès dans leur succession. En effet, ils présentent à un haut degré un caractère clinique sur lequel Falret a vivement insisté à propos des manies intermittentes : ils sont identiques les uns aux autres.

L'accès ultérieur ressemble en tous points : par les symptômes physiques et moraux, par les idées délirantes exprimées, ainsi que par sa marche, aux accès précédents; ce sont les mêmes gestes, les mêmes discours, les mêmes extravagances, les mêmes aberrations du jugement. En un mot, « le malade passe par toutes les phases des accès antérieurs, presque d'une manière fatale. » (Falret).

L'agitation dure un temps variable avec la même violence puis décroît rapidement. On n'observe pas comme dans l'accès de manie franche, ces périodes de calme durant quelques heures et après lesquelles l'agitation reprend pour céder encore et disparaître insensiblement à mesure que les intervalles lucides augmentent de durée; la période de déclin est courte, et dans l'espace de huit à quinze jours le malade passe du summum de la maladie à la guérison de l'accès (Falret).

Les troubles cérébraux que nous avons observés dans la période prodromique se reproduisent fréquemment au moment où l'agitation cesse Nous nous retrouvons alors en face des phénomènes de torpeur et d'obtusion intellectuelle que nous avons décrits; chez certains malades ils se reproduisent d'une façon constante à la fin de chaque accès (obs. X); chez d'autres, l'excitation maniaque termine la scène : ils sont loquaces, irritables et fatiguent tout ceux qui les approchent de leurs incessantes réclamations.

Les signes de dépression ou d'excitation disparaissent au bout de peu de jours et tout rentre dans un ordre relatif. Rarement, quelque idée délirante particulière, survit pendant un temps variable au délire général (cependant on observe quelquefois ce phénomène chez les héréditaires) (obs. XV, XVI), plus rarement encore, on constate par moments un peu d'incohérence dans les idées durant un mois ou six semaines (obs. XII). Cette période de déclin est accompagnée, pour un grand nombre de sujets, de faiblesse et de courbature générale, d'une sensation de constriction au cerveau, et enfin d'une angine pharyngée qui résulte des vociférations poussées jour et nuit par le malade durant un temps quelquefois prolongé.

*Période de rémission.* — Lorsque le calme s'est rétabli d'une façon définitive, les malades présentent l'état psychique particulier que M. Billod a justement qualifié de *dissimulation maladive*, et qui, pour un observateur un peu expérimenté, est la preuve certaine que les troubles de l'intelligence et des sentiments, existent encore à un certain degré. Cet état particulier est le plus habituellement caractérisé par de la dépression morale et de la tristesse, sans trace de délire mélancolique. Les malades sont indifférents, apathiques; ils ne se plaignent jamais ni ne s'étonnent d'être séquestrés pendant de longues années. Ils se plient docilement aux exigences des règlements

administratifs et des ordonnances médicales, exécutent automatiquement un travail quotidien, et semblent toujours être absorbés dans de profondes combinaisons. Tous ne présentent pas ces signes au même degré, il en est qui causent volontiers, plaisantent même, mais on découvre toujours dans leur manière d'agir ou de parler des lacunes profondes; nous rappelons (obs. IX) l'histoire d'une malade qui avait retrouvé dans ses périodes de calme, sa gaieté habituelle, mais était devenue insouciante et paresseuse au point de ne plus même pouvoir s'occuper de son ménage ; elle avait la conscience de ses accès, mais les considérait comme des accidents de peu d'importance et s'étonnait en riant qu'on l'enfermât pour si peu. D'autres fois, les malades conservent une impressionnabilité, une irritabilité anormales, la moindre excitation, un mot banal qui leur est adressé suffit pour faire naître un accès de colère, quelquefois même un accès de manie. Chez ces malades les réponses sont brèves, évasives, la parole est saccadée (obs. VIII et XIII).

L'aspect du malade peut varier, mais chez tous nous rencontrons à un degré plus ou moins accentué, un sentiment exagéré de la personnalité, une indifférence absolue pour l'entourage et une apathie profonde. Chez la plupart les sentiments affectifs, ont disparu et nous citerons, parmi nos malades, deux mères de famille qui ont appris sans émotion la mort d'un fils, qu'elles aimaient tendrement avant le premier accès.

Il faut cependant observer la plupart de ces malades avec soin, avant de s'apercevoir que « l'aspect général manque d'aplomb » (Legrand du Saulle) ; en effet, dans la grande majorité des cas, et chose remarquable, quelle qu'ait été la durée de la maladie, l'intégrité des facultés intellectuelles paraît être, à peu de chose près, conservée (obs. I, III, VIII, IX, X, XI, XII). La mémoire des faits qui se sont passés durant les intervalles de calme et durant la jeunesse subsiste en entier (Voy. la lettre qui suit l'obs. VII), et quelques malades se sou-

viennent même de ce qu'ils ont dit et fait pendant la durée de l'accès (obs. XX). Ce n'est qu'en les interrogeant fréquemment et pendant une assez longue période de temps, qu'on se rend compte que la vie intellectuelle de ces malades se meut dans un cercle restreint qui n'a aucune tendance à s'étendre; en un mot, qu'ils ne sont pas *perfectibles*. Quelques-uns même, livrés à eux-mêmes, seraient à peine susceptibles de se diriger seuls et d'apprécier exactement la valeur de leurs actions (obs. IV); d'autres présentent quelques idées qui, sans être délirantes dans le sens absolu du mot, sont tout au moins exagérées (obs. VII, VIII), et il est facile de voir que chez eux la raison proprement dite, si elle existe, doit tenir à bien peu de chose.

La plupart du temps les malades perdent la conscience du retour de l'accès pendant la période prodrômique.

Cependant quelques-uns (et nous croyons avoir remarqué qu'il s'agissait dans ce cas d'aliénés héréditaires), tout en étant en proie à une excitation maniaque assez intense, réclament d'eux-mêmes une cellule ou une camisole, ou bien encore se rendent seuls dans l'établissement où ils ont la coutume de se faire traiter durant leur accès.

*Marche, durée, terminaison.* — La marche de la manie chronique à type rémittent n'offre rien de régulier et ne nous a, dans aucun cas, paru soumise à une périodicité fixe. Les accès varient comme durée de quinze jours à cinq et six mois, et les périodes de rémissions de un mois à deux ans. Au début, les accès sont assez éloignés les uns des autres et le type rémittent semble ne s'établir d'une façon nette et définitive qu'au bout d'un nombre d'années variable. Certaine de nos malades, par exemple, qui a eu sept accès de manie dans les quatorze premières années, soit un accès pour deux ans, en a eu huit depuis trois ans (obs. I); une autre ayant débuté par cinq accès

en sept ans, en présente actuellement plus de deux par an (obs. IV). Les accès finissent quelquefois par être très rapprochés et reviennent une fois tous les deux mois, quelquefois davantage (obs. X).

L'accès, comme nous l'avons déjà indiqué, suit une marche habituellement invariable; il est, s'il nous est permis de nous exprimer ainsi, tout d'une pièce, sans arrêt, sans rémission, sans intervalle lucide. Il arrive cependant, dans quelques cas rares (obs. I, VI, VII) et surtout au début de la maladie, qu'un accès paraissant arrivé à la période de déclin, reprenne brusquement son cours avec violence sous l'influence du retour des règles, ou d'une émotion morale, telle qu'une visite de la famille, une contrariété quelconque. Il arrive aussi, mais plus rarement encore, qu'après la période prodromique, l'accès tourne court et avorte (obs. I, VI).

La durée de l'affection est indéterminée, elle est, en effet, « incurable dans son essence » (Falret) et retentit très faiblement sur la santé générale des infortunés qui en sont atteints.

La terminaison de la manie chronique rémittente est celle de toutes les vésanies : la démence; mais il est à remarquer que, comme dans toutes les folies intermittentes, elle ne survient que tardivement. On est frappé d'étonnement en voyant des femmes présenter plusieurs fois par an des accès d'une violence inouïe pendant 25 (obs. XIX), 30 (obs. XX) et même 40 ans (obs. VI, XXI) sans présenter un signe quelconque d'affaiblissement des facultés intellectuelles. Il faut que la démence sénile, qui est une des lois de l'évolution de l'intelligence, survienne avec le nombre des années, pour que la sensibilité s'émousse, la mémoire s'affaiblisse, les idées perdent de leur activité et de leur cohérence et qu'enfin la dissociation des facultés intellectuelles ne laisse plus aucun espoir de guérison.

*Santé générale.* — La manie rémittente chronique n'a pas

une grande influence sur la santé en général, bien que la nutrition et l'ensemble des fonctions organiques subissent au moment de chaque crise maniaque des modifications diverses. Ainsi la période prodromique est presque constamment accompagnée d'un embarras gastrique très marqué; dans la période d'état, les sueurs sont abondantes et exhalent une odeur de souris caractéristique ; d'autres fois, au contraire, la peau est sèche, flasque et présente une coloration brunâtre. Chez certaines malades la salive est très abondante (obs. II) et en même temps fétide; l'haleine est infecte, ce qui s'explique à la fois par les troubles digestifs, par l'état de la bouche et par celui des sécrétions (Ball). Le poids du corps, qui augmente quelquefois au début de la crise, diminue et l'amaigrissement devient rapide. Enfin, dans la période de déclin, on observe souvent de la faiblesse générale, des courbatures, de l'angine pharyngée. Dans les trois périodes, la constipation est habituelle.

Ces symptômes physiques n'ont rien de caractéristique dans la forme spéciale qui nous occupe et se rencontrent chez presque tous les maniaques.

Pendant la période de rémission, la santé physique est bonne en général. Nous avons observé des symptômes d'anémie chez quelques-unes de nos malades, mais l'anémie est si fréquente chez les femmes, à quelque classe de la société qu'elles appartiennent, qu'il serait téméraire d'affirmer qu'elle était due, dans l'espèce, à l'état vésanique.

Cependant, lorsque les accès sont rapprochés, lorsqu'ils sont accompagnés, comme cela arrive quelquefois, de dyspepsie, d'anorexie, les malades se nourrissent mal : il y a là une cause de dépérissement manifeste qui peut assez rapidement amener un état général mauvais. Nous avons déjà signalé la fréquence relative de névralgies à sièges variables chez ces malades ; nous ferons la même remarque, à propos de la dysménorrhée et de la leucorrhée qu'on observe assez souvent.

Les troubles de la menstruation sont fréquents, comme dans toutes les formes d'aliénation mentale. Sur les neuf femmes que nous avons pu observer à ce point de vue, nous avons noté trois cas dans lesquels la menstruation était absolument régulière et paraissait n'avoir aucune influence sur la marche et le développement des accès; chez deux autres, les règles étaient supprimées pendant les accès et reparaissaient durant la période de rémission, après un temps variable.

Dans deux cas, la menstruation était irrégulière, sans que nous ayons remarqué un rapport quelconque entre la suppression des règles et l'apparition des accès. Une de ces malades, présentant au début de la maladie un état d'appauvrissement général très marqué, est morte de tuberculose pulmonaire au bout de quelques années (obs. VIII).

Dans l'observation VII, les règles apparaissent assez régulièrement, mais presque toujours elles sont le signal du début de l'accès. Lorsqu'elles apparaissent pendant la période d'état, la violence atteint son paroxysme; lorsqu'elles surviennent, ce qui est rare, dans la période de déclin, l'agitation reprend avec une grande intensité.

Enfin la malade qui fait le sujet de l'observation VI présente une menstruation irrégulière, sans qu'il y ait de rapport constant entre l'apparition des menstrues et l'éclosion de l'accès. Nous avons noté chez cette malade quelques particularités remarquables; ainsi le calme est survenu une fois subitement à la suite d'une ménorrhagie abondante; quelque temps après la malade a une petite perte presque insignifiante, l'agitation éclate brusquement. Le même fait s'est produit pour les règles qui font naître habituellement chez M^me^ X... un surcroît d'agitation : un jour, les règles apparaissent pendant un accès violent, l'agitation cesse brusquement.

Les maladies intercurrentes ont peu d'influence sur la marche des accès; chez une de nos malades, atteinte de tuber-

culose pulmonaire à la dernière période, le nombre des accès n'a pas varié, et si l'agitation a été moins violente, il ne nous semble guère possible de l'attribuer à autre chose qu'à l'état d'extrême faiblesse dans lequel elle se trouvait. L'intéressante malade dont nous avons parlé plus haut (obs. VI) a eu, une seule fois, une hémopthysie abondante au milieu d'un accès et l'agitation a cessé aussitôt; elle a présenté aussi plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu; lorsque celles-ci survenaient durant un accès, elles paraissaient amener un peu de calme : lorsque au contraire elles se présentaient pendant une période de rémission, elles n'exerçaient aucune influence sur l'état mental de la malade, ni sur la marche générale de la maladie.

## CHAPITRE IV

### DIAGNOSTIC

Comme le fait remarquer Morel, l'alternance entre les symptômes, l'intermittence de ces symptômes, le retour périodique de certains phénomènes maladifs de la phase initiale — phénomènes qui prennent une consistance plus grande, un caractère plus tranché à mesure que la maladie marche et se développe, — tels sont les éléments pathologiques essentiels des affections nerveuses en général et de la folie en particulier.

En effet, en étudiant les différentes formes des phrénopathies à marche chronique, on rencontre fréquemment les types rémittent et intermittent; aussi tenons-nous, avant de commencer le chapitre du diagnostic, à indiquer les limites dans lesquelles nous nous renfermerons.

Nous laisserons de côté les différentes psychoses décrites par les auteurs sous le nom de manie raisonnante, impulsive, instinctive, folie des actes, folie morale, pour nous en tenir à celles qui présentent comme symptômes soit habituel, soit exceptionnel, le retour plus ou moins régulier d'un accès de manie proprement dite, c'est-à-dire caractérisée par un *délire généralisé*, une vive surexcitation de l'intelligence et un besoin tumultueux de mouvement (Ball).

Le diagnostic différentiel entre un accès de manie franche aiguë (affection assez rare, du reste, puisque, comme l'a fait remarquer M. le professeur Ball, la manie est presque toujours

symptomatique), et le premier accès d'une manie rémittente, est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, à établir pendant la période d'état. L'accès de manie rémittente est presque toujours d'une violence extrême, avec actes impulsifs; mais, outre qu'il nous a paru que ce signe pouvait manquer au début de la maladie, il ne peut pas être considéré comme caractéristique.

Il n'en est plus de même dans la période de déclin : cette période, dans l'accès de manie simple, présente de courtes rémissions décrites par la plupart des auteurs sous le nom d'intervalles lucides, intervalles dont les premiers sont de très courte durée et qui s'élargissent progressivement à mesure que les périodes d'excitation diminuent et dans les mêmes proportions (Guislain). Nous avons vu, au contraire, que la guérison, dans la phrénopathie qui nous occupe, était brusque et que le malade passait très rapidement du maximum de l'agitation à l'état calme. Dans une note sur la folie à double forme, affection qui offre souvent la même particularité, M. le docteur Doutrebente a insisté avec raison sur l'importance de ce moyen de diagnostic différentiel qui nous paraît être le seul dont puisse user le praticien.

Les intervalles lucides peuvent être confondus avec le début d'une période de rémission, mais ils sont généralement courts (quelques heures) et accompagnés d'un véritable retour à la raison. Quand l'intervalle lucide est de bon aloi, dit M. le Dr Legrand du Saulle, les habitudes et les dispositions antérieures reparaissent, la physionomie reprend son expression d'autrefois et le malade songe avec intérêt à ses affaires; il revoit avec plaisir sa famille, oublie les aversions mal fondées qu'il a conçues dans son délire et balbutie timidement quelques paroles d'excuses et de sympathie aux personnes qui en ont été l'objet. La bienveillance est dans son regard, la sensibilité dans son cœur et c'est le retour des sentiments affectueux qui domine

toute la scène. Rien de pareil ne se produit, nous le savons, dans la période de rémission que nous avons décrite.

La manie intermittente, telle qu'elle a été décrite par les auteurs et en particulier par Falret père, ne se distingue en rien, au point de vue du début de la période d'état et de la guérison de l'accès, de la manie rémitttente, si ce n'est qu'elle paraît affecter quelquefois le type périodique, que nous n'avons observé chez aucun de nos malades. Falret père a signalé des faits d'intermittence à courts intervalles, c'est-à-dire de huit jours, de quinze jours, de trois semaines ou d'un mois, et a émis l'avis que ces faits constitueraient un jour une variété particulière de maladie mentale intermittente. Dans ces cas les accès sont courts, séparés les uns des autres par un état lucide complet et en général de même durée que l'accés d'aliénation mentale lui-même. Ce mode d'intermittence s'observe principalement dans l'aliénation générale avec excitation et est rarement susceptible de guérison. Le temps n'a pas ratifié l'opinion de l'éminent aliéniste, et la forme intermittente à courts intervalles lucides est restée confondue avec les autres faits de folie intermittente, faits assez rares, comme nous l'avons dit.

Quoi qu'il en soit, il n'existe qu'un seul signe différentie entre la manie intermittente et la manie rémittente, et nous avons suffisamment insisté sur son importance (p. 27) pour qu'il soit superflu d'en parler plus longuement; qu'il nous suffise de rappeler que dans la manie intermittente des auteurs, la période de calme est caractérisée par un retour complet à la raison, une lucidité entière et réelle, tandis que pour la manie rémittente, dans l'intervalle qui sépare les accès, ou période de rémission, le malade offre constamment un état psychique anormal, une lucidité confuse, imparfaite,relative

Quelques auteurs ont cru devoir classer parmi les folies intermittentes des accès de manie puerpérale survenant chez une

même femme après chaque couche; nous pensons que chacun de ces accès doit être considéré comme une rechute de manie sympathique, s'il nous est permis de nous exprimer ainsi. En effet, les même auteurs constatent que lorsque les femmes ont cessé de devenir enceintes, elles n'ont plus présenté d'accès de manie, et ont joui désormais de l'exercice régulier de leurs fonctions intellectuelles.

On observe quelquefois chez les hystériques, une succession d'accès de manie se produisant à des intervalles irréguliers.

L'accès de manie hystérique a le plus souvent une explosion soudaine, instantanée et il se termine assez généralement comme il avait commencé, c'est-à-dire d'une manière rapide ou même subite. De plus, l'agitation des malades est caractérisée par une tendance très marquée à briser, à détruire, à déchirer les objets qui se trouvent à leur portée, et par une impulsion irrésistible à injurier, à frapper, quelquefois même à blesser et à tuer les personnes qui les entourent.

A côté de ces ressemblances avec l'accès que nous avons décrit, se trouvent des signes caractéristique qui permettront, dans la majorité des cas, d'établir facilement un diagnostic entre la manie hystérique et la manie rémittente. En effet, dans la première de ces vésanies, la période d'état de l'accès est comme entrecoupée d'éclairs de lucidité qui contrastent avec le désordre antérieur des actes et des paroles; de plus, les malades ont une conscience parfois très nette, parfois très obscure de leur trouble intellectuel. Les plus graves perturbations s'observent dans la partie affective de l'être moral. Le naufrage des facultés n'est complet que dans des cas exceptionnels et essentiellement transitoires (Moreau de Tours)[1]. Cette conscience et ces éclairs de lucidité font absolument défaut dans les accès que nous avons observés.

1. J. Moreau (de Tours), *Traité pratique de la folie névropathique*, Paris, 1869.

Marcé signale dans les accès de manie d'origine hystérique, de l'anxiété respiratoire et des accès convulsifs complets survenant au milieu même des paroxysmes d'agitation.

Enfin, pendant les périodes de calme, on constatera des troubles nerveux caractéristiques et l'état mental particulier aux hystériques qui constraste d'une façon si complète avec l'état d'apathie et d'indifférence, avec le manque d'initiative que nous avons observé chez nos malades.

Morel, le premier, a signalé la difficulté qu'éprouve le praticien à distinguer, dans certains cas, les accès de manie épileptique des accès de manie intermittente. Comme dans l'hystérie, les accès éclatent brusquement après avoir été précédés, tout au plus pendant quelques heures, de tristesse, d'irritabilité ou de quelque malaise physique et ils atteignent, en peu d'instants, leur plus haut degré de violence. Les sujets sont alors en proie à une fureur aveugle qui les fait considérer avec juste raison comme les plus terribles et les plus redoutables de tous les maniaques (Marcé). Cette agitation violente dure quelques jours, les malades se calment brusquement, reviennent en quelques heures et pour ainsi dire sans transition à leur état normal, ne conservant qu'un souvenir vague et confus des faits qui se sont passés durant l'accès. De plus, tous les accès, chez le même malade, présentent une ressemblance absolue, non seulement dans leur ensemble, mais dans chacun de leurs détails.

On voit par cette description sommaire combien ces faits se rapprochent de ceux que nous avons décrits. Souvent, en remontant avec soin aux antécédents de ces malades, on finit par acquérir la conviction qu'ils sont sujets à des vertiges ou à des attaques convulsives nocturnes, et s'ils sont séquestrés dans un asile, on devra les entourer de la surveillance la plus active (obs. XXIX). Pour quelques auteurs, l'attaque convulsive ou le vertige ne manquent jamais et, dans ce cas, on finira tôt

ou tard par établir le diagnostic, mais pour d'autres, comme Morel, les accès maniaques peuvent se substituer à la crise et constituer l'unique manifestation du mal comitial; il faudrait alors rechercher avec soin quelques signes différentiels pour baser un diagnostic qui sera toujours obscur : ainsi les paroles prononcées par les maniaques épileptiques sont en général beaucoup moins incohérentes que celles de nos malades; ils comprennent mieux les questions qu'on leur adresse et s'aperçoivent plus souvent de ce qui se passe autour d'eux (J. Falret); enfin, les périodes de rémission sont beaucoup plus tranchées chez les épileptiques et, à part l'affaiblissement intellectuel qui est plus fréquent que dans la manie rémittente, ils paraissent revenir psychiquement à l'état normal.

Dans certains cas rares on pourrait prendre un alcoolique invétéré ayant à son actif quinze ou vingt séquestrations dans un asile, pour un individu atteint de manie rémittente. Mais il est généralement assez facile de remonter aux antécédents. D'ailleurs, les hallucinations fugitives et terrifiantes, le tremblement des membres supérieurs, quelquefois même des muscles de la face et de la langue, l'odeur alcoolique particulière et l'aspect général du malade sont autant de signes qui permettront d'éviter une erreur de diagnostic.

Nous ferons la même remarque pour les malades atteints de pseudo-paralysie générale alcoolique dont le Dr Lacaille a décrit les symptômes [1]. Ces malades présentent en outre, à de certaines périodes, des signes cliniques qui se rapprochent de ceux de la paralysie générale.

Dans la période initiale de la paralysie générale on observe souvent des accès de manie séparés par des rémissions d'une durée irrégulière mais quelquefois assez prolongée.

Ces accès ne débutent pas brusquement, ils sont souvent précédés par un long stade mélancolique ou par une période

1. A. Lacaille, *De la pseudo-paralysie générale alcoolique*, Th. de Paris, 1881.

d'exaltation fonctionnelle qui a été bien étudiée par notre ami le Dr Régis[1]; de plus, ils n'atteignent jamais la violence des paroxysmes que nous avons décrits. Les idées de grandeur et de richesse prédominent dans le délire et au milieu de cette surexcitation intellectuelle, on remarque de temps en temps des signes trahissant une démence commençante; on peut à l'aide d'une observation attentive découvrir une dilatation inégale des pupilles, quelques tressaillements fibrillaires des muscles de la face et un léger embarras de la prononciation.

Pendant la période de rémission, en l'absence de renseignements sur le début de la maladie, le diagnostic peut être plus difficile à établir. En effet la plupart des paralytiques présentent alors un défaut d'énergie, un caractère souple et docile, une certaine indifférence qui peut se rapprocher de l'état d'apathie que nous avons observé chez nos malades. Mais il ne faut pas oublier que le paralytique général, quelque complète que soit la rémission, présente toujours un affaiblissement des facultés intellectuelles et du sens moral caractéristique.

De plus, il est exceptionnel que les idées délirantes et les altérations de la motilité aient disparu simultanément et d'une façon absolue. Généralement, quelques idées délirantes ambitieuses persistent encore à l'état d'isolement sans se traduire par aucune extravagance, ou bien on observe encore certains troubles de la motilité, une inégalité pupillaire à peine appréciable, un peu d'hésitation dans la parole, une difficulté particulière pour les mouvements de précision, difficulté qui rend l'individu maladroit.

Pour la manie congestive, dont MM. Baillarger[2] et Ach. Foville[3] ont cité des exemples, le diagnostic se fera de la même

1. E. Régis, *De la dynamie ou exaltation fonctionnelle au début de la paralysie générale. — Ann. méd.-psych.*, 1879.
2. Baillarger, *Leçons cliniques sur la manie congestive.* — In *Gazette des hôpitaux*, Paris, 1858.
3. Foville, *Etude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs*, Paris, 1871.

façon que pour la période initiale de la paralysie générale.

Nous ne parlerons que pour mémoire des mouvements d'emportement et de violence pouvant simuler le délire maniaque auxquels sont sujets, à des intervalles plus ou moins irréguliers les déments, les imbéciles et même les idiots. Les antécédents du sujet et l'étude attentive de l'accès, dans lequel on voit toujours percer la faiblesse ou l'infirmité intellectuelle ne tarderaient pas, au besoin, à dissiper les doutes.

Nous terminons ce chapitre par quelques mots d'étude différentielle entre la manie chronique à type rémittent et la folie circulaire (Falret)[1] ou à double forme (Baillarger)[2] que la plupart des auteurs, à l'exemple des observateurs éminents qui l'ont décrite pour la première fois, considèrent comme une entité morbide distincte de toute autre.

La folie circulaire est caractérisée par l'évolution successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé. Pour Falret, il se produit un intervalle lucide entre chaque accès de manie et chaque accès de mélancolie; tandis que pour Baillarger, la manie et la mélancolie se continuent sans interruption et forment ensemble un accès complet, séparé de l'accès voisin par un intervalle lucide. Comme le fait remarquer M. Foville, ces distinctions n'ont pas grande valeur; le fait important c'est que certains aliénés tournent fatalement dans un cercle qui est toujours le même et passent successivement d'un état de manie à un état de mélancolie. Dans les cas les plus fréquents, le stade de manie se traduit par de la manie raisonnante, de l'excitation maniaque, quelques idées de grandeur, des achats

1. Falret (J.-B.), *Gazette des hôpitaux*, 14 janvier 1851. — *Leçons cliniques de médecine mentale*, Paris 1854. — *Mémoire sur la folie circulaire*, in *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XIX, 1854.

2. Baillarger, *Note sur un genre de folie dont les accès sont caractérisés par deux périodes régulières, l'une de dépression et l'autre d'excitation.* — *Bull. de l'Acad. de Méd.*, t. XIX, 1854, *Gazette hebdomadaire*, 1854. *Annales médicales-psych.*, 1854.

inconsidérés; mais quelquefois un véritable accès de manie éclate précédé des prodromes que nous avons observés dans la manie rémittente; le malade est violent, présente des actes impulsifs, du délire généralisé, et les symptômes physiques et moraux sont identiques pour tous les accès d'un même malade. Survient ensuite le stade mélancolique, plus ou moins accentué, suivi ou précédé d'un intervalle lucide. Dans l'une et l'autre maladie, les facultés intellectuelles conservent leur intégrité pendant un temps indéfini. On comprendra quelles difficultés peut présenter parfois le diagnostic entre cette affection et celle que nous décrivons.

Cependant on peut dire que le début et la terminaison de l'accès sont plus brusques dans la manie rémittente; durant la période de rémission, les malades sont souvent tristes et absorbés, il est vrai, mais ils ne présentent jamais d'idées délirantes de nature mélancolique, vaquent à leurs occupations et pourraient à la rigueur vivre de la vie sociale, tandis que dans la folie circulaire, le délire mélancolique se manifeste souvent de la manière la plus tranchée : les craintes sans motif, les idées de défiance, de persécution, d'empoisonnement, les remords pour des fautes imaginaires, les hallucinations terrifiantes ne laissent pas au malade un instant de repos et peuvent déterminer une tentative de suicide ou un état complet de stupeur avec mutisme, immobilité absolue, inertie presque cataleptique, refus d'aliments, évacuations involontaires (A. Foville)[1]. Enfin il n'y a jamais dans la manie à type rémittent d'intervalle lucide proprement dit.

A ce propos, nous rappellerons en peu de mots l'histoire de ce malade, qui a été l'objet d'une des brillantes leçons de M. le professeur Ball[2] et dont le Dr Regis[3] a publié l'observation *in*

1. Fovile (Article : FOLIE A DOUBLE FORME, in *Dict. de Méd. et chirurg. prat.*, t. XV, Paris, 1872).
2. Ball, *Leçons sur les maladies mentales*. Fascicule II, Paris, 1882.
3. E. Regis, *Observation de folie à double forme continue*. *Ann. méd. psych.*, 1880.

*extenso*. Cet individu présentait depuis *vingt-sept ans* une alternative d'excitation et de dépression, caractérisée par un accès de manie, souvent violent, durant environ dix mois, et un stade de mélancolie durant à peu près deux ans, sans intervalles lucides. Pendant la période mélancolique, très nette, le malade se croit ruiné, prêt à mourir de faim; il se montre très doux, très bienveillant pour sa femme qu'il craint d'entraîner avec lui dans la misère, « il s'en fait le serviteur obéissant, » il travaille de toutes ses forces et rapporte fidèlement le soir le gain de sa journée. Enfin ces périodes lypémaniaques sont assez peu accentuées au point de vue de l'aspect extérieur du malade, pour qu'il ait pu, durant l'une d'elles, se marier. Il est vrai, nous dit M. le professeur Ball, que sa femme le trouvait bien triste et bien sérieux pour un fiancé.

Nous avons été frappés de l'analogie que présente l'histoire de nos malades et celle de cet homme; en effet, chez ce dernier, sauf les quelques idées mélancoliques observées, la période de dépression rappelle, en beaucoup de points, la période de rémission telle que nous l'avons décrite (assiduité au travail, docilité inaccoutumée à l'égard de sa femme). Nous rapprochons cette observation de celle que nous publions plus loin (obs. VI) où nous voyons une femme qui après avoir présenté pendant *quarante ans* tous les signes d'une manie rémittente sans qu'on ait pu observer chez elle une idée mélancolique, est prise dans la quarante et unième année de sa maladie de cette *manie lectuaire* dont parle M. le professeur Ball à propos de la folie circulaire, et passe plusieurs mois dans son lit répondant à toutes les observations qui lui sont faites qu'elle est « comme paralysée ». Nous rapprochons, disons-nous, ces deux observations et ne pouvons nous empêcher de penser qu'il existe un lien étroit entre l'affection que nons avons essayé de décrire et la folie à double forme.

Si notre inexpérience ne nous interdisait de nous engager

trop imprudemment dans une voie de généralisation dangereuse, nous dirions, en terminant cette étude, que pour nous les folies intermittentes, périodiques, rémittentes et circulaires, différentes entre elles par certaines de leurs manifestations, ont un lien commun qui en fait des variétés appartenant à la même famille. Par leur caractère essentiellement chronique et constitutionnel, par le retour fatal des accès, par le pronostic d'incurabilité, par la conservation presque indéfinie de l'intégrité des facultés intellectuelles, elles nous paraissent se distinguer complètement des autres formes d'aliénation mentale et former une classe spéciale bien définie.

## CHAPITRE V

### PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Ce que nous avons déjà dit, à propos de la terminaison de la manie rémittente, nous permettra d'être bref en traitant du pronostic de cette affection. Nous savons qu'elle présente peu de chances de guérison, qu'elle est essentiellement chronique et qu'elle fait pour ainsi dire partie intrinsèque des conditions d'existence du malade. Cette manière d'être lui est commune avec les folies intermittentes, périodiques et circulaires. On a cité des cas de guérison de manie intermittente au début, mais cette affection étant essentiellement caractérisée par le retour, régulier ou irrégulier mais fatal, des accès maniaques, on peut se demander si dans ces cas au moins exceptionnels, le diagnostic avait été établi d'une façon rigoureuse.

Nous avons indiqué plus haut que la manie chronique à type rémittent ne compromettait pas gravement l'existence du malade, et que les conditions de longévité de ce dernier n'étaient pas sensiblement modifiées.

On a essayé de s'attaquer (dans les folies intermittentes) au principe même de la maladie et tenté d'empêcher le retour des accès par l'administration du sulfate de quinine à haute dose, mais ces efforts ont rarement été couronnés de succès. Nous pensons d'ailleurs qu'on ne serait autorisé à espérer la guérison que dans le cas où la manie rémittente serait périodique

et à courts intervalles, et on sait que nous n'avons pas observé de cas de ce genre.

Le traitement devra donc être simplement palliatif et avoir pour but de modérer l'intensité trop grande des phénomènes d'excitation; il ne différera pas du traitement ordinaire de la manie.

Marcé dit avoir observé un cas de manie intermittente dans lequel un accès a avorté à la suite d'une saignée copieuse (Nous avons signalé des retours subits au calme à la suite d'une ménorrhagie ou d'une hémoptysie abondante). Mais il ne faut employer cette médication qu'avec la plus grande réserve chez les sujets jeunes, vigoureux ou pléthoriques; on n'en retire d'ailleurs qu'un bénéfice passager, car l'accès reviendra un peu plus tard et les émissions sanguines ne peuvent dans aucun cas, être érigées en méthode générale de traitement; abondantes et répétées, elles affaibliraient rapidement le malade et hâteraient l'arrivée de la démence.

Les purgatifs au début sont indiqués contre l'embarras gastrique; on pourra les employer utilement aussi dans la période de rémission pour combattre la constipation habituelle; on retardera parfois ainsi le retour des accès (Mabille).

Les bains tièdes (28° à 34° centigrades) et prolongés (quatre à six heures) seront souvent utiles pour calmer l'agitation violente. On prendra la précaution de placer sur la tête du malade un linge ou une éponge imbibée d'eau fraîche, fréquemment renouvelée. L'hydrothérapie (douches en jet, en pluie, affusions froides, drap mouillé) rendra des services pendant la période de rémission. On y joindra selon les indications, l'usage des toniques : fer, quinquina, etc.

L'opium, d'après Marcé, ne donne aucun résultat avantageux lorsque le pouls est fort, la face congestionnée et vultueuse. Baillarger[1], le prescrit à haute dose, même dans la

1. Baillarger (*Annales médic.-psych.*, 1855).

manie congestive. M. Dumesnil (de Rouen)[1] a préconisé l'usage de la digitale unie à l'opium (teinture alcoolique de digitale 0,50; extrait gommeux d'opium 0,01). Nous pensons, avec M. le professeur Ball, que l'emploi de l'opium et de la morphine est contre-indiqué dans l'agitation maniaque.

Le chloral, dans certains cas, rend quelque service; on peut, à la dose moyenne de trois grammes, procurer quelques heures de sommeil au maniaque.

Le bromure de potassium est généralement impuissant à calmer l'agitation. Nous relatons plus loin une observation publiée par le Dr Charrière[2] (obs. XXX) et ayant trait à un enfant âgé de 14 ans; cet enfant, sujet à des accès violents de manie intermittente, pendant deux ans, fut guéri par l'usage prolongé du bromure de potassium.

Nous ferons nos réserves à propos du diagnostic; en effet, l'âge du malade et l'action même du médicament nous portent à penser qu'il s'agissait là d'une manie épileptique.

Enfin la séquestration et l'isolement sont des moyens thérapeutiques de première nécessité dans la période maniaque.

Il faut à tout prix enlever le malade à son entourage habituel, cause constante d'excitation, et l'isoler dès le début de la maladie.

Lorsque les accès sont soudains, fréquents et irréguliers, il paraîtra prudent de conseiller la séquestration perpétuelle, mais quand la période de rémission dure plusieurs mois habituellement et que l'accès s'annonce par des prodromes certains, on peut sans inconvénient confier les malades à leur famille. Au bout d'un certain nombre d'accès, les parents et quelquefois le malade lui-même, ne s'y laissent pas tromper et prennent à temps les mesures efficaces d'une nouvelle séques-

1. Dumesnil et Lallier. *De l'association de la digitale à l'opium dans l'agitation maniaque*, in *Ann. médic.-psych.*, t. I, 1868.
2. Charrière (*Ann. médic.-psych.*, t. X, 1867).

tration. Cette manière d'agir, sauvegarde de l'ordre public et de la sécurité des personnes, permet au malade de jouir pendant un certain temps des bienfaits de la vie de famille (Doutrebente). Il ne faut pas oublier, cependant, que durant la période de rémission le malade est dans un état psychique anormal, qu'il est toujours *malade* et on n'autorisera la sortie qu'après s'être assuré que le malade a été constamment inoffensif pendant les rémissions précédentes et que la famille a les moyens et le ferme propos de l'entourer d'une surveillance active et incessante.

# CHAPITRE VI

## CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

L'accès de manie tel que nous l'avons décrit donne rarement lieu à des discussions médico-légales. L'agitation, le délire sont des symptômes tellement évidents que nul ne peut songer à les contester. Laissant donc de côté quelques cas exceptionnels sur lesquels nous reviendrons dans le paragraphe consacré au droit criminel, nous allons étudier le degré de responsabilité qu'offre un malade atteint de manie chronique à type rémittent pendant la période de rémission qui sépare deux accès.

Malgré de nombreux et consciencieux travaux, les auteurs n'ont pu encore se mettre d'accord sur la signification précise, au point de vue médico-légal, des termes : intermittences rémissions, intervalles lucides. Pour éviter les redites et pour ne pas entrer dans une discussion qui nous entraînerait en dehors des bornes assignées à ce travail, nous renverrons à ce que nous avons dit à ce propos dans les chapitres consacrés à l'historique et à la définition (chap. I et II).

De plus, afin d'éviter toute confusion, nous emprunterons à Linas, qui divise les intervalles lucides en trois catégories, une de ses définitions qui s'applique assez exactement à l'état psychique particulier que nos malades présentent pendant les intervalles de calme :

« L'intermittence est de longue durée, mais incertaine et

douteuse, la raison de l'aliéné conserve quelques traces de trouble précédent, et les facultés intellectuelles proprement dites sont habituellement affaiblies. » Ajoutons que c'est principalement du côté de la volonté et des sentiments affectifs qu'on observe l'affaiblissement indiqué par Linas [1].

*Droit civil. Interdiction.* — L'article 489 du Code Napoléon dispose que « le majeur qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur, doit être interdit, même lorsqu'il présente des intervalles lucides. » Comme le fait remarquer justement Linas, bien que la loi ne s'explique pas à cet égard, nul doute qu'il soit parfaitement conforme à son esprit de donner, dans l'espèce, aux intervalles lucides leur sens le plus général et le plus étendu, en y comprenant non seulement les moments lucides proprement dits, mais encore les rémissions et les intermittences.

Il est évident que le législateur a voulu frapper par l'interdiction les insensés assez dénués de raison pour ne plus pouvoir, comme dit le chancelier d'Aguesseau, mener une vie commune et ordinaire, remplir la destination humaine, ni atteindre jusqu'à la médiocrité des devoirs généraux.

Or, dans la grande majorité des faits observés, ce n'est pas là le cas pour nos malades. Ils sont apathiques, indifférents, sans grande initiative, sans sympathie comme sans antipathie; mais en les interrogeant, il est facile de se rendre compte que l'intelligence est conservée, qu'aucune idée délirante ne se manifeste, et d'ailleurs les différents travaux qu'ils exécutent d'une façon un peu automatique, il est vrai, dans l'intérieur des asiles; montrent que souvent ils seraient capables de diriger leur ménage et de gagner leur vie au dehors. Nous pensons

1. Signalons, à titre de curiosité, ce fait, que Paul Zacchias (*loc. cit.*), au commencement du XVII[e] siècle, indique la fréquence des intervalles lucides incomplets dans la manie, surtout lorsqu'elle est chronique (*obscurè verò remittit furor seu mania præsertini cum est inveterata*).

que, dans la règle, un conseil judiciaire suffirait à protéger ces malades : de cette manière, tout en n'étant pas privés de l'entier exercice de leurs droits, ils seraient dans l'impossibilité soit de dilapider leur fortune dans un moment d'excitation prodromique (obs. XII), soit de la laisser, par indifférence et apathie, dilapider par leur entourage.

Nous avons vu (obs. VII) qu'il n'était pas toujours facile d'obtenir l'interdiction d'un malade durant une période de rémission et, dans un autre cas (obs. XVI), que le malade pouvait obtenir main-levée de cette interdiction lorsque cette période se prolongeait.

*Mariage.* — Le Code civil ne fait aucune mention spéciale de la folie ni des intervalles lucides dans les articles relatifs au mariage. L'article 146 porte seulement : « Il n'y a point de mariage, lorsqu'il n'y a point de consentement. » Le consentement implique chez celui qui s'engage, le discernement de ses obligations, la connaissance de ses droits et de ses devoirs, une détermination consciente et réfléchie de la volonté (Linas) ; discernement, connaissance et détermination qui doivent être vagues chez nos malades, quelle que soit la conservation de leurs facultés intellectuelles. Toutefois les manifestations extérieures des troubles cérébraux sont si peu accentuées chez eux, que nous sommes porté à penser qu'on éprouverait de grandes difficultés à faire annuler un mariage contracté par un maniaque rémittent en rémission, en alléguant qu'il a été contracté par un individu en état de démence ou d'imbécillité.

Nous avons rapporté (p. 54) l'histoire curieuse de ce malade atteint de folie à double forme continue, qui s'est marié pendant un stade mélancolique. Il paraissait seulement « bien triste et bien sérieux pour un fiancé ». Chez ce malade, les accès pendant lesquels il se livre à tous les excès, et frappe violemment sa femme, sont précédés d'exaltation fonctionnelle et durent six

mois. Le stade mélancolique durant lequel le sujet est sobre, économe, laborieux, affectueux même, et qui n'est caractérisé que par quelques idées délirantes de ruine prochaine, d'inquiétudes non justifiées sur l'avenir, etc., persiste pendant deux ans. Nous croyons, contrairement à l'opinion générale de Linas, que si, dans ce cas, la femme formulait une demande en annulation de mariage, le malade, en raison de la longue durée du stade mélancolique et des symptômes peu tranchés qu'il présente, n'éprouverait aucune difficulté à faire admettre par un tribunal qu'il était dans une période lucide et qu'il jouissait de la plénitude de sa raison et de sa liberté morale lorsqu'il s'est marié.

Dans des cas analogues, la femme pourrait alléguer soit la malversation et la prodigalité ruineuse de la période prodromique, soit les excès, les sévices et injures graves de la période d'état de l'accès pour formuler et obtenir une séparation de corps et de biens.

Ce que nous venons de dire du mariage peut s'appliquer à toute autre espèce de contrats.

*Du témoignage des aliénés en justice.* — Bien que nos malades paraissent souvent à première vue avoir recouvré l'exercice intégral de leurs fonctions intellectuelles, qu'ils paraissent porter un jugement sain sur les faits qui se passent sous leurs yeux, il nous semblerait dangereux de tenir pour recevable leur déposition. En effet, la diminution de leur volonté est manifeste, et soit par intimidation, soit par tout autre moyen, il serait facile de leur dicter leurs réponses; la plupart d'entre eux, d'ailleurs, sont concentrés, absorbés en eux-mêmes, peu communicatifs, et, il faut bien l'avouer, nous ne savons pas toujours d'une façon exacte ce qui se passe dans leurs cerveaux si rudement éprouvés par les accès antérieurs. Des illusions, des hallucinations variées, des idées délirantes que le malade

a la force de dissimuler, peuvent subsister encore à un faible degré, et dans ce cas, non seulement leur témoignage ne peut présenter aucune valeur, mais encore, il peut, comme nous le disions tout à l'heure, être parfois dangereux. Tout au plus pourrait-on recevoir leur déposition, sous forme de renseignement, au même titre que les aveux d'enfants au-dessous de quinze ans.

*Testaments.* — Après ce que nous avons dit de l'état des fonctions intellectuelles que présentent les malades atteints de manie rémittente dans l'intervalle des accès, il nous est permis d'admettre que ces malades puissent faire un testament valable.

Si les dispositions de l'acte sont raisonnables et sages, et si le malade n'était pas interdit, le testament sera inattaquable.

Lorsque le testataire est interdit, le testament n'est pas valable, ce n'est que d'une manière toute exceptionnelle que les tribunaux ont eu égard à la lucidité chez un interdit et seulement dans le cas où les dispositions de l'acte étaient raisonnables et où l'intermittence avait été assez franche et assez longue pour mettre à l'abri de tout soupçon le discernement de l'auteur (Linas).

La nullité d'un testament ou d'une donation peut être encore prononcée dans le cas où divers moyens de captation, intrigues, pressions, intimidations et autres influences pernicieuses ont été mis en jeu pour abuser de la faiblesse de la volonté existant chez le donateur. Ce dernier point acquiert une certaine importance au point de vue spécial que nous étudions.

Les différents points de médecine légale que nous venons de passer brièvement en revue, sont souvent hérissés de difficultés dans la pratique, et comme le fait remarquer Marc[1], il

1. Marc, *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*, Paris, 1840.

est impossible de formuler des règles générales positives et applicables à tous les cas; il faut s'en rapporter la plupart du temps au jugement des magistrats éclairés par les constatations médico-légales des médecins experts.

*Droit criminel.* — Il peut arriver que pendant la période de violente agitation ou pendant la période prodromique de l'accès avec exaltation fonctionnelle, l'aliéné commette un crime ou un délit. Dans certains cas, l'état de fureur et de démence étant manifeste, nous n'avons pas à nous en occuper, mais il arrive quelquefois que le malade est conduit sur les bancs de la cour d'assises, alors que l'accès a disparu. L'accusé est convenable dans ses paroles, ses gestes, son attitude, il répond avec calme aux questions qu'on lui adresse, il ne rougit pas du crime qu'il a pu commettre, enfin tout porte à croire qu'on a devant les yeux un criminel endurci. C'est en pareille occurrence qu'il importe de démontrer qu'au moment du crime, l'accusé était en état de démence, ou contraint par une force à laquelle il n'a pu résister (Doutrebente).

Ainsi que l'a très bien indiqué le Dr Doutrebente à propos de la folie intermittente (et ceci peut s'appliquer exactement à la manie rémittente), il est rare qu'un aliéné intermittent se livre à des actes répréhensibles pendant un intervalle de calme, il se distingue au contraire dans cette période par sa conduite régulière et ses bonnes mœurs, de telle sorte que le plus grand contraste règne entre la période maniaque et la période de rémission.

Dans les cas exceptionnels où un aliéné se rend coupable d'un crime pendant une période de rémission, il s'agit de déterminer jusqu'où s'étend sa responsabilité. Rien n'est plus difficile. En effet, comment établir le degré exact de lucidité du malade au moment de l'acte délictueux? Comment

affirmer que la rémission si complète qu'on veuille l'admettre, n'ait pas été interrompue brusquement par une hallucination soudaine et violente, par une impulsion délirante irrésistible? Enfin, qui pourrait affirmer que l'état habituel de la folie n'a point réagi sur la détermination de l'agent, alors même que nul symptôme n'en trahit la persistance ou le retour? (Linas.)

Aussi, au milieu des incertitudes que soulève la question des intervalles lucides, des intermittences et des rémittences, le médecin-expert doit-il apporter dans son témoignage la plus grande réserve et baser le plus souvent les conclusions de son rapport sur la présomption d'aliénation mentale. Nous devons ajouter, que généralement les magistrats et les juristes, d'accord sur ce point avec les médecins légistes, reconnaissent que la responsabilité des fous intermittents puise dans les antécédents morbides et dans les dispositions anormales de l'individu, des motifs sérieux d'atténuation, et qu'elle ne doit pas entraîner les effets légaux de la responsabilité vulgaire.

# CHAPITRE VII

## Observation I

Sommaire. — Hérédité (?) Premier accès à la suite d'une contrariété, en 1857, à l'âge de 22 ans. — Jusqu'en 1871, un accès environ tous les deux ans. — Entrée à Sainte-Anne en 1871, a eu depuis lors un grand nombre d'accès. — Depuis décembre 1879 (c'est-à-dire depuis trois ans): huit accès d'une durée variant de quinze jours à six semaines, séparés par des périodes de calme durant de trois semaines à quatre mois. — Début tantôt brusque, tantôt caractérisé par de la stupeur durant 24 ou 48 heures. — Période d'état : violence extrême. — Période de déclin : brusque, quelquefois accompagné d'une angine pharyngée, ou d'un état de faiblesse générale. — Période de rémission : intelligence normale, docilité habituelle, souvent un peu d'irritabilité. — Santé générale bonne ; légère anémie. — Menstruation régulière ; les règles n'ont manqué qu'une fois depuis trois ans, au moment d'un accès.

P..., Estelle, quarante-sept ans, célibataire, blanchisseuse, née à Amiens (Somme). Taille moyenne, bonne constitution, pas de malconformation cranienne. Le père buvait un peu ; n'a jamais eu d'accidents nerveux. Mère morte en 1865 (affection cardiaque). Ils étaient sept enfants ; les quatre aînés sont morts en bas âge. Il reste un frère aîné, célibataire, bien portant, et une sœur cadette mariée deux fois, bien portante. Elle est la dernière des enfants, elle a eu des convulsions dans son enfance. La menstruation s'est établie de quatorze à quinze ans ; les règles apparaissent régulièrement tous les mois, avancent quelquefois de deux ou trois jours, durent trois ou quatre jours. La santé générale est satisfaisante, elle souffre quelquefois de migraines et de névralgies.

P... a eu un premier accès de manie en 1857, à l'âge de vingt-deux ans. Le début de cet accès aurait été brusque et aurait duré six semaines. La malade l'attribue à une contrariété qu'elle aurait subie. Séquestrée à la Salpêtrière.

Trois ans après, en 1860, second accès qui dure six mois ; elle retourne à la Salpêtrière.

En 1864, troisième accès de manie pour laquelle elle entre à la Salpêtrière au mois d'octobre. Elle en sort à l'époque des fêtes de Noël, la même année.

Elle perd sa mère dans le courant de 1865.

Dans l'intervalle des accès, elle travaillait. Mais elle était aigre, susceptible, en un mot avait un caractère difficile.

En 1869, nouvel accès, elle entre à l'asile Sainte-Anne accompagnée du certificat suivant :

18 juin 1869. — « *Déjà traité à diverses reprises pour même délire. Manie aiguë ; rechute depuis trois jours.* »

LASÈGUE.

Certificat immédiat du 19 juin 1869. — « *Excitation maniaque, désordres dans les idées et dans les actes. Hallucinations probables. On ne peut fixer son attention ni obtenir une réponse suivie. — Agitation. — Violence. — Conscience incomplète de ses actes; ne jouit pas de la plénitude de sa liberté morale.* »

GIRARD DE CAILLEUX.

Un mois après, son état paraît s'être amélioré au point qu'elle obtient sa sortie le 20 juillet 1869. Quinze jours plus tard elle était prise subitement d'un nouvel accès.

7 août 1869. — « *Délire mélancolique. — Hallucinations. — Tentative de précipitation par la fenêtre.* »

LEGRAND DU SAULLE.

8 août 1869. — « *Délire mélancolique. — Hallucination de l'ouïe et de la vue, idées et tentatives de suicide. — Ne jouit pas de la plénitude de ses facultés morales.* »

GIRARD DE CAILLEUX.

Nous avons été frappé du désaccord qui existe entre ces certificats et ceux qui les suivent ou les précèdent et comme cette malade se rappelle fort bien de ce qui se passe pendant ses accès, nous lui avons demandé si elle avait eu des idées tristes à cette époque. Elle nous a répondu que ses accès avaient toujours présenté les mêmes symptômes, qu'elle n'avait jamais eu d'idées tristes. Elle se souvient qu'elle a failli se jeter par la fenêtre, et se rend très bien compte que c'était parce qu'elle prenait la fenêtre pour la porte, elle croyait même

s'envoler. A un autre moment, en s'agitant et courant dans le jardin, elle a failli tomber dans un puits.

Ce sont ces accidents qui, présentés sans autres renseignements, ont été pris pour des tentatives de suicide; mais en interrogeant la malade avec soin, il est facile de se rendre compte qu'il s'agissait d'un nouvel accès maniaque, identique aux cinq accès qui l'avaient précédé.

La malade sort de Sainte-Anne le 26 décembre 1869 et paraît s'être bien portée jusqu'au moment où les événements politiques de 1870 et 1871 viennent porter un nouveau trouble dans son intelligence. Vers la fin de la Commune, elle fut très effrayée de l'incendie de quelques maisons voisines de celle qu'elle habitait, et eut un nouvel accès. Déjà, depuis plusieurs mois (la malade vivait chez sa sœur), son caractère était devenu insupportable et avait amené des difficultés dans le ménage de sa sœur, qui pensait à la placer quand l'accès éclata.

25 juillet 1871. — « *Délire maniaque. — Divagations incohérentes. — Hallucinations, cris, fureur, insomnie.* »

LEGRAND DU SAULLE.

26 juillet 1871. — « *Délire maniaque. — Divagations incohérentes, pleurs, gémissements, peu de sommeil, excitations par moments.* »

BOUCHEREAU.

De 1871 à décembre 1879 les renseignements manquent, mais la malade nous dit qu'elle a eu de fréquents accès sans pouvoir en déterminer le nombre : plusieurs par an. Elle a eu en 1876 des rhumatismes articulaires.

Décembre 1879. — Calme, travaille à la lingerie de l'établissement. Se plaint de bourdonnements dans les oreilles. Les bruits du cœur au 1er temps et à la base sont râpeux et prolongés.

Janvier 1880. — Calme. Les bourdonnements d'oreilles ont disparu. Les bruits du cœur sont presque normaux. Le souffle au 1er temps est beaucoup plus doux. Se plaint d'avoir des palpitations dès qu'elle fait un effort.

Février 1880. — Toujours calme. Les bruits du cœur sont normaux.

Mars 1880. — Calme. Etat physique satisfaisant.

15 avril 1880. — La malade est gaie. Elle a chanté sur le

petit théâtre de l'établissement devant les pensionnaires et dit qu'elle est heureuse d'avoir pu distraire un instant ses camarades.

21 avril. — La malade a ses règles. Elle se plaint de douleurs dans l'ovaire gauche. Est triste, inquiète.

22 avril. —La malade est plus triste. Tendance à la stupeur, pleure parce qu'elle ignore si son oncle est mort ou vivant.

24 avril. — Très agitée, violente et menaçante. Elle frappe les malades et paraît choisir celles avec lesquelles elle était dans les meilleurs termes avant son accès.

Mai 1880. — Toujours très excitée. Loquace, incohérente. Elle a des moments d'exacerbation, de paroxysme, pendant lesquels elle est très violente.

1er juillet 1880. — Elle est moins agitée et se plaint d'une de ses compagnes qui l'aurait tourmentée avec ses réclamations et ses idées de persécution; elle a encore des moments d'excitation.

15 juin. — L'agitation disparaît, mais elle est encore, à de certains moments, incohérente et loquace. Travaille un peu. Elle a de l'inappétence, des sensations de faiblesse, de défaillance. Angine pharyngée légère.

1er juillet 1880. — Le calme paraît s'établir. L'appétit est revenu.

15 juillet. — La période de calme continue.

28 juillet.—La malade est depuis le matin dans un état d'obtusion intellectuelle complète, il faut l'habiller et la faire manger.

31 juillet. — Très agitée depuis la veille. Violente, a cherché à briser les becs de gaz. On est obligé de la conduire au quartier des cellules.

Août. — Même état d'agitation et de violence.

1er septembre 1880. — La malade est un peu plus calme Les règles viennent d'apparaître, elles sont peu abondantes et durent trois ou quatre jours.

5, 10, 15, 20 septembre. — Le mieux s'accentue. La malade a une angine pharyngée légère, due aux cris qu'elle a poussés durant l'accès.

25 septembre. — Un peu de loquacité. Se plaint que les malades qui l'entourent « *lui font* des contradictions ».

Octobre 1880. — Calme, travaille. Certains jours la malade présente une grande irritabilité et plus rarement un peu d'incohérence.

Novembre 1880. — Calme, travaille régulièrement. Le caractère est toujours un peu irritable.

Décembre 1880. — Calme. Les règles ont été accompagnées ce mois-ci de maux de tête.

1er janvier 1881. — Calme.

15 janvier. — Agitation violente, incohérence. La malade s'est portée à des voies de fait sur les personnes qui l'entourent. Le début de l'accès a été brusque.

Février. — Le calme est revenu, la malade a repris son travail habituel.

1er mars. — La période de rémission continue.

8 mars. — L'excitation reprend, la malade est incohérente. Début brusque.

1er avril. — L'agitation continue. Scènes violentes avec d'autres malades.

15 avril. — La malade est un peu plus calme.

1er mai. — Rémission. Travaille régulièrement.

15 mai. — Rémission.

25 mai. — La malade commence à s'agiter. Pas de période de stupeur.

Du 1er au 15 juin. — La malade est très excitée, loquace, incohérente. Elle a ses règles le 15.

18 juin. — L'accès maniaque a cessé brusquement. La malade est calme, se plaint d'être fatiguée, courbaturée et attribue son accès de manie et cette fatigue à une potion contenant un peu de chloral.

Juillet. — Calme.

Août. — Idem.

Septembre. — Idem.

Octobre. — Calme.

1er Novembre. Les règles qui apparaissent très régulièrement, manquent ce mois-ci, elles devaient apparaître le 20.

25 novembre. — Accès d'agitation violente.

Décembre. — Le calme revient. Apparition des règles le 21.

1er janvier 1882. — Calme.

20 janvier. — Accès maniaque violent durant quinze jours. On est obligé de conduire la malade dans le quartier des cellules.

8 février. — La malade est plus calme, mais elle s'irrite facilement et se dispute avec son entourage.

Mars. — Même état, moins d'irritabilité.

1er avril. — Période de calme.

12 avril. — La malade est calme, se plaint d'avoir des étourdissements. Les règles apparaissent aujourd'hui.

22 avril. — La malade est irritable, susceptible. Elle se plaint

que les malades lui reprochent ce qu'elle dit, ce qu'elle fait. Elle seule travaille bien. Réclamations variées. Nous craignons l'invasion d'un nouvel accès.

1er mai. — Mêmes dispositions à se fâcher et à se plaindre, ne peut plus supporter ses compagnes.

15. — 31 mai. — Calme, travaille régulièrement.

1er juin. — La malade est un peu agitée la nuit, parle, se lève, etc.

5 juin. — Accès violent d'agitation qui dure une quinzaine de jours.

20 juin. — La malade est calme, mais encore très troublée.

27 juin. — L'agitation maniaque reprend.

15 juillet. — La malade est plus calme, quitte le quartier des cellules. Elle se plaint d'une sensation de constriction au cerveau.

20 juillet. — Mademoiselle P... s'est remise au travail, elle répond assez exactement aux question qu'on lui pose, et ne conserve qu'un souvenir vague de son accès d'agitation; ses réponses sont un peu enfantines. Elle s'est remise au travail, la santé générale est bonne. Les douleurs de tête ont disparu. Pas de constipation.

1er-15 août. — Période de calme.

18 août. — La malade paraît avoir aujourd'hui quelque tendance à l'excitation. Elle se plaint des malades qui sont dans le même quartier qu'elle. Elle accuse des douleurs dans la tête.

20 août. — La malade est calme.

Septembre. — Le calme se soutient, le sommeil est bon et le travail régulier.

*État actuel des fonctions intellectuelles et morales pendant la période de rémission.* — Mademoiselle P... a reçu une bonne instruction primaire, elle a été placée à l'école jusqu'à onze ans seulement, mais elle a continué à lire et à s'instruire un peu. Elle est polie et a une excellente tenue.

La mémoire est bonne, elle se souvient de ce qu'elle a fait et dit durant une partie de ses accès, de la plupart des événements de sa vie, et même de certains actes peu importants. De plus, à l'heure qu'il est, elle apprend encore de petits rôles dans les comédies jouées sur le théâtre de Sainte-Anne et les retient d'une façon satisfaisante.

La malade jouit d'un discernement suffisant, ses idées sont suivies et son jugement est en rapport avec son âge et son développement intellectuel.

Les sentiments de moralité paraissent être assez développés chez mademoiselle P..., quant aux sentiments affectifs, ils sont normaux, elle parle des membres de sa famille en termes convenables.

Le caractère présente une grande vivacité, Mademoiselle P... est d'une susceptibilité extrême. Elle ressent très vivement les injures que peuvent lui adresser les malades qui l'entourent, et quoiqu'elle soit séquestrée depuis onze ans, est toujours impressionnée péniblement par leurs discours plus ou moins délirants. — Comme tous les aliénés en général, elle n'a aucune tendance à se lier, à se créer des relations dans l'établissement.

Elle est employée dans l'atelier de lingerie, son travail est régulier, elle met du soin à ce qu'elle fait. Son initiative a diminué; ainsi elle exécute toujours le même ouvrage d'une façon un peu automatique, mais ne serait pas capable d'entreprendre quelque chose par elle-même, de diriger un commerce, par exemple. Parfois elle met une ardeur un peu maladive dans l'accomplissement de sa tâche quotidienne.

En résumé, sa vie intellectuelle se meut dans un cercle qui n'a pas de tendance à s'étendre, mais elle ne présente aucune incohérence dans les idées, aucun signe de démence. Ses dispositions intellectuelles sont toujours les mêmes dans l'intervalle qui sépare chaque accès.

## Observation II

Sommaire. — Premier accès en 1875, à l'âge de 42 ans. Cause inconnue. — La malade est transférée en province en 1877. — Pas de renseignements sur son premier séjour à Sainte-Anne, pas plus que sur son séjour en province. — Deuxième entrée à Sainte-Anne le 8 mai 1881. — Depuis cette époque jusqu'au mois de juillet 1882 (quatorze mois), elle a eu quatre accès séparés par des intervalles de calme ayant à peu près la même durée que les accès (deux mois environ). Début brusque, — Période d'état : violence, actes impulsifs, agitation extrême. — Période de déclin rapide, caractérisée par deux ou trois jours de torpeur et de courbature générale. — Période de rémission : un peu d'affaiblissement intellectuel; la malade est docile, gaie, parle volontiers. — Santé générale bonne, menstruation irrégulière, sans qu'il y ait de rapport constant entre la suppression des règles et l'apparition des accès.

R..., femme P..., Louise-Marie, cuisinière, quarante-neuf ans, née à Saint-Calais (Sarthe). Habite Paris depuis l'âge de

vingt-quatre ans. La malade, séparée de ses parents depuis l'âge de huit ans, ne peut donner que des renseignements vagues sur sa famille. Il ne paraît pas y avoir d'antécédents héréditaires. En 1870, elle se marie, trois ans après elle plaide en séparation, parce que son mari la trompait et la battait, dit-elle. — Cette malade est d'une taille moyenne, et a toujours joui d'une bonne santé; pas de malconformation cranienne, le front est un peu bas. Réglée régulièrement depuis l'âge de dix-huit ans.

1re entrée. 8 février 1875. — « *Manie chronique; s'est séparée de son mari, il y a un an, à la suite de bizarreries de caractère. — Insomnie, chants, promenades la nuit, idées sans suite.* »

LASÈGUE.

9 février 1875. — « *Manie chronique avec hallucinations; propos incohérents, actes désordonnés, incapable de se diriger et de pourvoir à ses besoins, voit la nuit des lueurs, des flammes.* »

BOUCHEREAU.

22 février 1875. — « *Manie chronique, hallucinations, illusions, incohérence, sentiments de satisfaction, jovialité, rires, extravagances.* »

PROSPER LUCAS.

Nous n'avons pas de renseignements sur ce premier séjour de la malade à Sainte-Anne. Elle demeura dans cet asile jusqu'au mois de janvier 1877, époque à laquelle elle fut transférée à l'asile de Pont-l'Abbé. Là, pendant une période de rémission, prise sans doute pour une guérison définitive, elle fut mise en liberté. En effet, en 1881, elle est de nouveau arrêtée à Paris ainsi que le témoigne le certificat suivant :

8 mai 1881. — « *Délire chronique, excitation semi-maniaque, paroxystique. Dissociation des idées, extravagances.* »

LEGRAND DU SAULLE.

9 mai 1881. — « *Délire chronique, confusion dans les idées, excitation par intervalles.* »

MARCEL BRIAND.

23 mai 1881. — « *Délire chronique, accès passagers d'excitatation, loquacité, propos incohérents.* »

MAGNAN.

La malade est extrêmement agitée, elle ne répond à aucune question, vocifère, crie, frappe. La face est congestionnée, les yeux brillants, la salive s'écoule de la bouche. La malade n'a aucun soin de sa personne, ses cheveux flottent au vent, ses vêtements sont en désordre, souvent déchirés.

Juin. — Même état. Vers la fin du mois, le calme revient un peu, mais la malade n'a pas repris complètement son équilibre mental. Il y a un certain degré d'obtusion.

Juillet. — La malade est calme, douce, elle travaille. Elle ne présente aucun signe de tristesse, paraît au contraire assez gaie. Elle répond d'une façon exacte aux questions qu'on lui pose. Elle a bonne mine, dort et mange bien.

8 août. — L'accès éclate brusquement, ce matin la malade a fait une scène violente, a cassé des carreaux; comme précédemment, elle est très grossière et ne cesse de proférer des menaces, des injures, et des obscénités. Sa violence la rend dangereuse.

Septembre. — Même état.

Octobre. — La malade devient plus calme. L'accès set remine assez brusquement, cependant il est toujours suivi de trois ou quatre jours d'obtusion intellectuelle, de courbature générale, pendant lesquels la malade ne repond pas aux questions qu'on lui pose, et ne paraît pas se rendre un compte exact de ce qui se passe autour d'elle.

Novembre. — Période de calme, la malade s'est remise au travail. Douce, bienveillante, apparition des règles (le 5) pour la première fois depuis son entrée : elles durent 2 jours.

Décembre. — Même état. Ses règles apparaissent le 19 et durent quatre jours.

3 janvier 1882. — L'accès éclate brusquement pour la troisième fois depuis sa seconde entrée. Mêmes violences, mêmes injures, mêmes vociférations obscènes ou ordurières; en un mot, l'accès est exactement semblable à ceux qui l'ont précédé. Les règles apparaissent le 6 et durent un jour.

Février. — Même état. Règles le 1er, durant un jour.

Mars. — La malade après avoir passé par la période d'obtusion intellectuelle et de courbature générale que nous avons déjà décrite, entre dans une période de calme; règles le 23, durant un jour.

Avril. — Période de calme, règles le 22 durant un jour.

27 mai. — Accès d'agitation violente, absolument identique aux précédents. Suppression des règles.

18 juin. — Depuis hier, la malade est assise dans un coin de sa cellule, ne parle pas, ne fait aucune attention à ce qui se passe autour d'elle. L'accès est terminé. Ses règles ne sont pas revenues.

Juillet. — La malade est calme. Le 11 juillet, elle est transférée à l'asile de Fains (Meuse), munie du certificat suivant :

7 juillet 1882. — « *Manie à forme rémittente, propos incohérents ; actes désordonnés. Cette malade a presque tous les deux mois des accès de vive agitation maniaque avec impulsions violentes, prononce des paroles grossières, déchire ses vêtements, brise ce qui lui tombe sous la main. Quand l'accès a cessé, elle est douce, docile, se met au travail. Les accès reviennent d'une manière irrégulière ; les bains prolongés produisent un peu de calme ; actuellement période tranquille.* »

Bouchereau.

Nous devons les renseignements qui suivent à l'obligeance de M. Colson, interne à l'asile de Fains :

11 juillet 1882. — A son arrivée à l'asile de Fains, R... est en proie à un violent accès d'agitation (l'explosion de cet accès a probablement été déterminé par le voyage ou le chagrin de quitter Sainte-Anne), propos grossiers et obscènes, incohérence des idées et du langage, actes impulsifs, etc. On emploie vainement les bains prolongés et le chloral.

28 août. — La malade est calme, cause volontiers, raconte son histoire d'une façon un peu enfantine.

Septembre. — Même état : la malade travaille régulièrement au lavoir ou à la couture.

Octobre. — Même état.

26 octobre. — R... est de nouveau en proie à l'agitation maniaque, elle crie, déchire ses vêtements et frappe les autres malades, insomnie habituelle.

Novembre. — Même état.

28 novembre. — La malade est moins agitée aujourd'hui, mais ses idées sont encore troublées et la mémoire n'est pas bien revenue. Elle ne peut pas encore s'occuper, mais elle dort bien la nuit, mange régulièrement et tout nous annonce chez elle la terminaison de l'accès, et le début d'une nouvelle période de rémission.

*État des fonctions intellectuelles et morales pendant la période de rémission.* — Madame R... est d'une intelligence ordinaire et a reçu quelque instruction. Elle est habituellement d'une nature un peu rude, grossière, sans formes. Depuis le début des accès maniaques, le niveau intellectuel a subi une certaine déchéance qui n'est pas la démence vraie, mais les idées de la malade tournent dans le même cercle, elle n'est susceptible de rien acquérir de nouveau. En un mot elle n'est pas perfectible. Pendant l'intervalle de calme, elle est douce, laborieuse, se plie facilement à la règle de l'établissement. Sa tenue est propre, correcte, elle se montre bienveillante, quelquefois d'une certaine gaieté. Ses sentiments affectifs paraissent normaux. Il y a opposition complète entre cet état de calme, et la violence grossière qui caractérise les accès.

### Observation III

Sommaire. — Hérédité. — Sept accès maniaques de 1866 à 1882 (à peu près tous les deux ans). — Début de l'accès caractérisé par une période de gaieté, de vivacité, de coquetterie, période qui dure un temps variable (un mois ou deux). — Pendant la période d'état, la malade est violente, grossière, dangereuse. — Période de déclin courte. — Période de calme caractérisée par un état d'apathie, d'indifférence, de torpeur intellectuelle sans trace de délire mélancolique. — Santé générale peu satisfaisante ; anémie. — Menstruation irrégulière. Les règles sont supprimées pendant l'accès et reviennent durant la période de rémission après un temps variable.

D..., femme D..., âgée de 41 ans, sans profession, née à Paris.

Le père de la malade est mort aliéné, elle a trois frères, deux d'entre eux sont bien portants, le troisième est bizarre, excentrique et a des périodes de mélancolie. Madame D... a eu trois enfants, deux jumeaux (13 ans) et un garçon de 9 ans.

Dans sa jeunesse, notre malade était nerveuse, impressionnable, coquette. Son mari croit qu'elle a été malade avant son mariage, qui eut lieu il y a 16 ans, mais il ne peut rien affirmer à cet égard.

Six semaines après son mariage éclate un premier accès de manie caractérisé par une vive agitation, de la violence, des cris, des gestes désordonnés, etc. Elle fut traitée par M. le docteur Brierre de Boismont. Au bout de quatre mois elle parut assez bien rétablie pour qu'on lui permît d'aller achever sa convalescence à la campagne. Depuis cette époque (1866) jusqu'au

moment où elle entre pour la première fois à l'asile Sainte-Anne (1875), elle a eu trois accès. Ces accès ont toujours été précédés d'une période de gaieté, d'exubérance, de coquetterie qui contrastait avec l'état habituel de la malade. En effet, après l'accès elle restait pendant quelque temps dans un état d'obtusion intellectuelle, de torpeur, d'apathie, sans présenter d'ailleurs aucune trace d'un délire mélancolique quelconque.

1re entrée (5e accès). 10 juillet 1875. — « *Délire maniaque, excitation intellectuelle et fureur. Loquacité incohérente. Divagations. Récriminations, cris, propos obscènes, insomnie, actes extravagants et violents.* »

LEGRAND DU SAULLE.

11 juillet 1875. — « *Excitation maniaque; désordre dans les idées, les actions. Vive agitation, violences, insomnie.* »

BOUCHEREAU.

La malade sort pendant une période de rémission le 23 avril 1876, elle se conduit bien pendant quelque temps, un an environ. Puis apparaissent de nouveau les prodromes que nous pourrions désigner sous le nom de période expansive et l'accès éclate à la fin de novembre 1878.

22 novembre 1878. — « *Crise de manie aiguë se traduisant par des paroles et des actes de violence.* »

Dr SAISON.

25 novembre 1878. — « *Excitation maniaque avec idées de persécution; impulsions à la violence, menaces de frapper et coups portés à son mari qu'elle a pris en aversion et à ses deux enfants jumeaux.* »

PROSPER LUCAS.

L'accès dure trois ou quatre mois et la malade redevient calme. Elle présente immédiatement après l'accès une période de torpeur intellectuelle très prononcée qui se dissipe lentement.

Décembre 1879. — La malade est un peu absorbée, elle manque d'initiative, elle ne se plaint de rien, mais accuse un sentiment d'engourdissement général. Elle a peu d'appétit, est assez faible. Les règles ont disparu depuis 10 mois. Leucorrhée.

Janvier 1880. — Même état. La malade ne se plaint de rien, travaille un peu à la couture.

Février. — Même état. Madame D. n'accuse aucune souffrance, elle dit seulement qu'elle a souvent envie de dormir.

Mars. — Même état.

Avril. — Même état. Les règles ont reparu sous l'influence d'un traitement hydrothérapique qu'elle suit depuis deux mois. Elles sont peu abondantes.

Mai. — Même état.

Juin. — Même état. Toujours faible, indifférente, apathique. Les mains de la malade sont pâles et par moment présentent une teinte asphyxique. Les bruits du cœur sont normaux, mais faibles. La malade mange peu, et a souvent des nausées. Pilules de Vallet.

Juillet. — Même état. Demande des nouvelles de sa famille.

Août. — La malade a des migraines, elle mange peu, travaille d'une façon irrégulière. Les règles sont normales, pas de leucorrhée.

Septembre. — La malade mange mieux; la santé générale paraît s'améliorer.

Octobre. — Même état général. La malade cause avec nous assez volontiers.

Novembre. — Même état; le travail est régulier.

Décembre. — Même état.

Janvier 1881. — Même état de calme; rien à noter si ce n'est un peu d'apathie et d'indifférence. Ne réclame pas sa sortie.

Février. — Même état.

Mars. — Même état.

Avril. — Même état.

Mai. — La malade est plus gaie, elle cause, rit volontiers, réclame sa sortie avec vivacité, se plaint qu'on ne la nourrit pas assez bien. Elle tend à s'exciter un peu.

10 juin. — L'accès a éclaté aujourd'hui avec violence, la malade a tenté de briser les portes, elle crie des injures et des obscénités. Agitation très intense.

Juillet. — La malade est très violente, injurieuse, grossière.

Août. — L'accès continue.

Septembre. — La malade est plus calme et paraît très affaiblie, les idées sont encore confuses mais ne paraissent pas être de nature mélancolique. Elle a encore une conscience très vague de son état.

Octobre. — Période de calme, mais la malade est apathique, indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle.

Novembre. — Même état.

Décembre. — Même état. La malade travaille, ne se plaint de rien, mais dit qu'elle a constamment envie de dormir.

Janvier 1882. — Même état. Elle est très douce, travaille, se plaint quelquefois de maux d'estomac. Mange peu. État d'anémie assez prononcé, douches, fer, vin de quinquina.

Février. — Même état.

Mars. — La malade paraît moins abattue. Toujours très régulière, très docile.

Avril. — Même état. Les règles n'ont pas reparu depuis l'accès.

Mai. — Ce mois-ci la malade a présenté un peu d'incontinence d'urine. Ce phénomène n'a duré que quelques jours.

Juin. — Même état de calme et d'indifférence.

Juillet. — Même état. La malade a appris la mort de son fils âgé de neuf ans, qu'elle aimait beaucoup, et n'a pas paru très affectée de cette nouvelle.

Septembre. — Elle travaille toujours un peu, mais d'une façon inhabile.

Octobre. — Même état. La malade répond exactement aux questions qu'on lui pose et ne se plaint de rien.

*État actuel des fonctions intellectuelles et morales pendant la période de rémission.* — Cette malade est intelligente et assez instruite. Elle n'a qu'un souvenir très confus de la période de délire, mais la mémoire est normale pour tout ce qui se passe dans les périodes de calme. Pendant ces périodes, elle présente la plupart du temps une sorte de torpeur, d'obtusion intellectuelle, un manque d'initiative complet. Elle travaille assez régulièrement, a soin de sa personne, son attitude est parfaitement correcte à l'égard des médecins et des religieuses chargées de la surveillance ; elle exécute tous les ordres qu'on lui donne avec une indifférence absolue, ne montre de l'antipathie ou de la sympathie pour aucune de ses compagnes et ne se plaint jamais d'être séquestrée, si ce n'est pendant la période prodromique de l'accès.

Les sentiments affectifs sont peu marqués (nous avons vu qu'elle avait accepté sans vive émotion la mort de son plus jeune fils). Lorsque l'on cause quelque temps avec elle, on peut s'assurer que cet état de torpeur est plus apparent que réel, que son intelligence est encore assez vivace et suscep-

tible, dans un cercle limité, d'acquérir quelques notions nouvelles. Nous n'avons jamais pu saisir la trace d'un délire mélancolique quelconque, et la malade qui a la sensation d'un engourdissement général, d'un besoin prolongé de sommeil, dit qu'elle n'a à se plaindre de rien, qu'elle n'est pas triste, etc.

### Observation IV

Sommaire. — Antécédents inconnus; la malade fait des excès de boisson. — Premier accès de cause puerpérale en 1871. — De 1871 à 1878, cinq accès. — De 1879 à octobre 1882, huit accès durant de un à deux mois, séparés par des intervalles de deux à quatre mois. — Au début de chaque accès, la malade présente des symptômes d'alcoolisme aigu lorsqu'elle est en liberté; lorsqu'elle est séquestrée, le début est brusque, précédé par un peu d'embarras gastrique. — Période d'état : agitation violente. — Période de déclin assez rapide sans obtusion intellectuelle. — Période de rémission : intelligence médiocre, indifférence, apathie, peu de sentiments affectifs, sans incohérence.

La malade D..., femme G..., âgée de 49 ans, couturière, née à Clermont-Ferrand, a été séquestrée pour la première fois, en 1871, à l'âge de 38 ans. Les certificats sont ainsi conçus :

7 août 1871. — « *Manie chronique; idées confuses de persécution; s'est enfuie de chez elle, craignant d'être accusée de crimes imaginaires. Arrêtée pour vagabondage.* »

Lasègue.

8 août 1871. — « *Délire de persécution : hallucinations et trouble de la sensibilité générale.* »

Magnan.

Cette malade venait d'accoucher et fut effrayée d'une visite domiciliaire faite pour un vol commis dans la maison qu'elle habitait; elle se crut accusée et s'enfuit de son domicile. Elle fut arrêtée sur la voie publique, conduite au dépôt de la préfecture et de là à l'asile Sainte-Anne, d'où elle sortit le 24 avril 1872.

Du 24 avril 1872 au 20 février 1875, date de sa seconde entrée à Sainte-Anne, la malade a été séquestrée à deux reprises différentee à la Salpêtrière, nous n'avons pu recueillir aucun renseignement sur ces deux accès.

20 février 1875. — « *Manie chronique avec paroxysmes aigus. Exaltation intellectuelle, idées de persécution ; hallucinations et illusions des sens; divagation, loquacité, turbulence, actes excentriques. Déjà traitée deux fois à la Salpêtrière et une fois à Sainte-Anne.* »

LEGRAND DU SAULLE.

21 février 1875. — « *Manie chronique; désordre dans les idées, les actions; périodes d'agitation; se promène la nuit dans les rues et trouble ses voisins.* »

BOUCHEREAU.

7 mars 1875 (certificat de quinzaine) — « *Excitation maniaque (3 fois); période d'agitation; incohérence, illusions, hallucinations, insomnie.* »

PROSPER LUCAS.

La malade sort guérie de son accès le 10 octobre 1875. Cet accès avait débuté comme le précédent : Madame D... se croyait poursuivie la nuit par ses voisines, qui l'accusaient de vol et voulaient l'empoisonner. Quatre jours après elle retombe sous l'empire de ses idées délirantes.

14 octobre 1875. — « *Délire maniaque chronique, avec accès aigus. Excitation intellectuelle, loquacité, divagations, idées confuses de persécutions, illusions et hallucinations des sens, troubles de la sensibilité générale, craintes d'empoisonnement, refus d'aliments. Sortie récemment de Sainte-Anne.*

LEGRAND DU SAULLE.

10 octobre 1875. — « *Excitation maniaque; propos incohérent, actes désordonnés, insomnie.* »

BOUCHEREAU.

La malade sort de Sainte-Anne le 12 mai 1875. Pas de renseignements sur les trois années suivantes.

En 1878. — Nouvel accès.

21 juin 1878. — « *État maniaque; délire incohérent; agitation nocturne; arrêtée pour un vol de minime importance* ».

LASÈGUE.

21 juin 1878. — « *Délire chronique, prédominance d'idées de persécution, loquacité; propos incohérents; tendance à la démence* ».

MAGNAN.

Frappé de ce que presque tous les certificats précédents, tout en constatant l'existence du délire maniaque, mentionnaient des idées de persécution, des hallucinations multiples et des craintes d'empoisonnement, alors que depuis que nous observons la malade et même depuis qu'elle est entrée d'une façon définitive à l'asile Sainte-Anne, elle n'a présenté aucun de ces symptômes, nous avons été aux informations. Il résulte des renseignements obtenus, que dès que la malade est mise en liberté elle fait de nombreux excès de boisson; sous l'influence de l'intoxication alcoolique, surviennent des hallucinations multiples et des idées confuses de persécution. La malade croit que ses voisins la suivent dans la rue, elle entend frapper à sa porte, et finit par s'enfuir dans la rue, dans un état d'excitation extrême l'accès maniaque éclate. Lorsque la malade a été enfermée pendant quelques temps, et que les excès de boisson sont interrompus, ces troubles disparaissent et laissent la place à l'état maniaque simple.

Nous n'avons pas de renseignements sur le séjour de la malade à Sainte-Anne depuis son entrée jusqu'au mois de décembre 1879.

Décembre 1879. — La malade est calme, un peu indifférente. Elle travaille à la buanderie de l'asile.

Les règles apparaissent régulièrement.

4 janvier 1880. — La malade est en proie à un accès maniaque. Loquacité incohérente. Actes désordonnés. Violences.

1er février. — Même état.

10 février. — La malade reste dans son lit, sous prétexte qu'elle a des dents gâtées; elle paraît un peu plus calme, mais elle est encore excitée par moments.

15 février. — Vive agitation.

28 février. — La malade est plus calme depuis deux ou trois jours, l'accès paraît terminé; on l'autorise sur sa demande à aller à la chapelle assister aux offices.

Mars. — Période de calme; la malade a repris son travail; elle paraît confuse de ce qu'elle a dit et fait durant l'accès.

Avril. — Le calme se maintient, la malade est indifférente, manque d'initiative, est incapable de se diriger seule,

Mai. — La malade a des tendances à s'agiter, elle ne veut plus travailler. Le sommeil est irrégulier, elle est peu susceptible d'attention, et à de certains moments, ses réponses sont sans suite.

23 mai. — Agitée, loquace, incohérente, pas de violences.

1er juin. — Même état.

6 juin. — Madame D... paraît un peu plus calme, demande à travailler : *à faire le commerce.*

15 juin. — Très agitée, très incohérente; se livre à des actes de violence sur les personnes.

25 juin. — L'accès touche à sa fin. La malade est plus calme, mais encore très indifférente aux choses qui l'entourent.

1er juillet. — Période de calme; madame D... a repris son travail habituel. L'appétit est bon.

15 juillet. — Même état.

1er août. — Même état.

15 août. — Même état.

28 août. — La malade se plaint de coliques, d'envies de vomir. Elle a un peu d'embarras gastrique. Elle est calme.

29 août. — Très excitée, loquace, incohérente, depuis ce matin.

1er septembre. — Même état, se lève la nuit, mange peu.

15 septembre. — L'agitation continue, la malade veut démolir les portes du quartier. Violences (bain 2 heures, chloral 4 gr.)

Octobre. — La malade entre dans une période de calme.

Novembre. — Rémission complète. Madame D... travaille à la lingerie.

Décembre. — Même état.

Janvier 1881. — La malade commence à s'agiter; le 15, elle a un accès très violent. Nul soin de sa personne, elle laisse tomber ses déjections à l'endroit où elle se trouve. Ne dort pas.

Février. — Même état.

Mars. — L'état de notre malade s'améliore. Elle est plus calme et reprend son travail.

Avril. — Période de rémission.

Mai. — Même état.

1er juin. — Même état.

15 juin. — La malade est tranquille, mais la face est un peu congestionnée. En l'interrogeant on constate un certain degré d'obtusion intellectuelle. Travaille peu.

22 juin. — L'accès éclate aujourd'hui. Elle est, comme à l'ordinaire, violente et incohérente.

Juillet. — L'accès continue; agitation très intense jour et nuit.

Août. — Le calme revient en quelques jours.

Septembre. — La malade travaille à la lingerie, a repris son train de vie habituelle.

Octobre. — Même état.

1er novembre. — Même état.

15 novembre. — La malade s'excite légèrement. L'accès débute. Elle a frappé une de ses compagnes.

Décembre. — Accès maniaque, présentant les mêmes signes que les précédents.

Janvier 1882. — Le calme se rétablit dans les premiers jours du mois.

Février. — Période de rémission. Travail régulier. Un peu d'irritabilité.

Mars. — Même état.

1er avril. — La malade s'est agitée brusquement ce matin. Elle pousse des cris toute la journée.

15 avril. — L'accès continue.

20 avril. — La malade est un peu plus calme.

Mai. — Période de rémission. La malade reprend son travail.

Juin. — Période de rémission. Même état qu'en mai.

Juillet. — Même état de tranquillité. La malade est calme, un peu apathique, mais pas triste. La mémoire est assez exacte. Elle a du soin pour ses vêtements, pour sa personne. Santé générale bonne, pas de céphalalgie. Appétit normal.

1er août. — Même état.

22 août. — Ce matin, la malade est un peu agitée; en se levant elle s'est mise à déclamer. Au moment de la visite elle est calme, mais ne peut pas donner d'explications sur sa conduite du matin; paraît très troublée.

23 et 24 août. — Même état de trouble général, tendance à l'agitation.

25 août. — L'accès éclate brusquement et avec violence.

Septembre. — L'accès continue.

Octobre. — Le calme survient assez rapidement vers le milieu du mois.

Novembre. — Période de calme.

*État actuel des fonctions intellectuelles et morales pendant la période de rémission.* — Mme D... est d'une intelligence médiocre, et son caractère est naturellement un peu grossier. Elle a reçu un peu d'instruction, sait lire et écrire, et a, dans sa vie exercé différents métiers (couturière, ouvrière en bijoux, etc.) avec une habileté ordinaire.

Dans l'intervalle des accès, la mémoire paraît normale, la malade est brusque dans ses réponses, accepte peu la contradiction, mais elle est assez docile et se met facilement au travail dans les divers ateliers de l'établissement.

Ce qui domine, dans son état mental, c'est l'indifférence; les sentiments affectifs sont fort peu développés. La malade est apathique, n'a pas de volonté, et est peu susceptible de se diriger seule, d'apprécier la valeur de ses actions.

L'intelligence étant peu développée, nous ne pouvons affirmer qu'il n'y a pas tendance à la démence, néanmoins nous ferons remarquer que la mémoire est conservée et que l'état mental de la malade n'a pas varié depuis 1879, malgré de nombreux et violents accès.

### Observation V

(Due à la bienveillance de M. le Dr Bouchereau).

M. X..., âgé de 50 ans, sans profession, ne présente pas d'antécédents héréditaires; son père est mort d'une affection pulmonaire, jouissant de toute son intelligence, sa mère est bien portante. Il a deux frères et trois sœurs qui jouissent d'une bonne santé, et deux enfants adultes, intelligents, n'ayant jamais présenté d'accidents nerveux d'aucune sorte.

Le malade est instruit : dans sa jeunesse il apprenait facilement, son intelligence s'est développée sans qu'on ait pu observer chez lui rien d'anormal.

Depuis l'âge de 16 ans, X... a présenté des alternatives de tristesse et de gaieté revenant d'une manière irrégulière, sans être provoquées par aucune cause apparente, nul événement n'a paru leur donner naissance.

Marié à 25 ans, il s'est montré peu de temps après, dissipé, irrégulier : à ce changement de conduite se sont ajoutés une perturbation dans la santé physique et un trouble mental d'abord assez confus, qui a pris en 1868, le caractère d'un accès maniaque durant plusieurs semaines. L'accès se termine sans laisser de trace; X... est plus régulier, et plus maître de lui qu'auparavant.

Des maladies accidentelles se succèdent et ne provoquent aucun phénomène digne d'être signalé.

En 1877, nouvel accès maniaque; X... est séquestré dans un asile d'ou il sort un mois après comme amélioré. Trois mois

après, rechute qui dure cinq semaines, puis nouvelle rémission de deux mois à laquelle succède un quatrième accès.

Les accès se rapprochent à partir de cette époque. Le cinquième survient en 1879. Puis en 1880, l'agitation dure pendant les mois de janvier, février et mars. La période de rémission dure sept mois.

Novembre 1880. — L'agitation reparaît pendant un mois.

Décembre. — Période de rémission.

Janvier 1881. — Vive agitation.

Février. — Le calme se rétablit pendant sept mois.

Septembre. — Nouvel accès.

De septembre 1881 à novembre 1882, l'agitation revient avec une intensité marquée, tous les quarante ou cinquante jours. Pendant les périodes de rémission, le malade reprend possession de lui-même et paraît jouir de sa raison. Il est maître de ses actes et est susceptible de se livrer à quelque travail, de diriger ses affaires.

L'accès est caractérisé par de l'agitation ; X... est grossier dans son langage et violent dans ses actes, il brise les meubles, déchire ses effets, injurie, menace, a des tendances subites à frapper, mais il ne fait souvent que le geste et presque toujours s'arrête au moment où il va donner un coup; très exceptionnellement, il va jusqu'à l'acte lui-même. Il a des hallucinations multiples. La perte complète du sommeil dure ordinairement huit jours pendant chaque accès.

L'incohérence des idées et le désordre des actes sont moins accentués que dans la manie ordinaire, les impulsions sont moins automatiques, la conscience ne semble pas tout a fait annihilée.

L'état le plus aigu dure deux ou trois semaines, puis s'amende brusquement; la lucidité reparaît, le langage prend le caractère de la raillerie et cesse d'être injurieux; à un moment donné, il combine des projets, devient entreprenant, est plus actif que dans l'état normal. Ces tendances se développent au début de l'accès maniaque et au moment où il va cesser.

A l'exaltation succède une période de dépression de courte durée.

Le début de l'accès est marqué par un peu de tristesse, de l'irritabilité, des souffrances physiques vagues sans localisation déterminée; le malade se sent disposé à frapper, à briser, il demande à ce que l'on éloigne de sa main tous les objets de valeur auxquels il tient. L'accès passé, il les redemande et en formule la numération avec une exactitude qui ne laisse pas que de surprendre.

A mesure que les accès augmentent de fréquence, les intervalles de calme deviennent moins longs et dépassent rarement un mois comme durée.

Exceptionnellement ils durent deux ou trois mois.

Dans l'intervalle des accès, le malade reprend, dans une certaine mesure, possession de lui-même, toutes ses facultés intellectuelles paraissent intactes. La mémoire est très exacte, cependant le jugement n'est pas juste : il se montre à certains jours plus entreprenant qu'avant sa maladie; il est exposé à commettre des actes qui seraient de nature à compromettre sa fortune et ses intérêts : il en a lui-même conscience, et manifeste le désir que l'on contrôle la direction qu'il imprime à ses affaires; il va d'une confiance exagérée en lui-même à la défiance la plus légitime; il se montre par instants irritable, susceptible; et au milieu d'une conversation jusqu'alors raisonnable, on voit tout à coup des traces d'idées ambitieuses et de prétention qui surnagent, comme une trace confuse de l'état aigu : il s'en étonne lui-même, quand on le lui fait remarquer.

Le retour à la raison de M. X... durant ses périodes lucides n'est donc pas aussi complet que les apparences pourraient le laisser supposer : tous ceux qui l'ont connu avant son premier accès maniaque, constatent, dans son intelligence et son caractère, des modifications sensibles, appréciables pendant toutes les rémissions : à ce moment, à part quelques vivacités de courte durée, il subit en général la volonté des personnes de sa famille, il accepte leur direction, et laisse à d'autres plus compétents la gestion de ses biens; il accepte assez volontiers d'être le maître plus apparent que réel. Un effort suivi dans un sens déterminé est au-dessus de ses forces.

Observation VI

(Recueillie et communiquée par M. Colson, interne de l'asile de Fains).

Sommaire. — Pas d'hérédité. — Premier accès à vingt ans (en 1844). — 15 séquestrations. — Accès irréguliers durant de deux à quatre mois; rémissions durant de quelques mois à deux ou trois ans. — Début caractérisé par de l'arrogance, de la loquacité. — Période d'état : violente agitation. — Déclin : idées délirantes diverses. — Période de rémission : intelligence et mémoire conservées.

Madame X..., âgée de 20 ans, entra à l'asile de Fains le 1er janvier 1844. Cette malade n'a aucun antécédent héréditaire, elle est d'une bonne constitution. Tempérament nervoso-sanguin.

L'accès de manie qui a motivé sa séquestration paraît remonter à un mois environ et être le résultat des suites d'une couche. Madame X... présente tous les signes de la manie aigüe, agitation très vive, loquacité incohérente, turbulence, insommie, inaptitude à toute espèce d'occupations, perversion complète des sentiments affectifs.

20 janvier. — Période de rémission de quelques jonrs.

Février. — Une certaine amélioration s'étant montrée, son mari avait obtenu sa mise en liberté, mais il est obligé de la ramener presque immédiatement, la malade étant dans un état d'agitation plus violent encore que celui du mois précédent.

Mars. — Madame X... est très agîtée, d'une irritabilité excessive ; actes impulsifs qui la portent à détruire tout ce qui lui tombe sous la main. Il se manifeste quelques rémissions de courte durée, sans que le délire soit interrompu.

Au bout de quelques jours une prostration profonde succède à l'agitation, la malade a conservé le souvenir de tous ses actes et en témoigne le plus vif regret. La lucidité n'est cependant pas complète, il existe encore chez elle de nombreuses erreurs de perception et de jugement que l'on combat plus facilement mais qui dominent ses idées.

Ses fonctions digestives s'exécutent mal et la menstruation est très irrégulière.

Avril. — Les règles se sont montrées de nouveau, peu abondantes. L'accès de manie reparaît, mais, quoique la malade soit très agitée, l'agitation nous paraît moins intense qu'au mois de février. Toujours même incohérence, mêmes propos grossiers et mêmes actes impulsifs.

Mai. — Après une rémission de trois semaines, l'accès s'est de nouveau manifesté, mais plus court et moins violent.

16 juin 1844. — Le malade est plus calme, elle s'occupe à de menus travaux, on la met en liberté sur la demande de son mari.

Juillet 1848. — Quatre ans après, nouvel accès de manie qui nécessite sa séquestration dans l'asile de Maréville (Meurthe). Elle présente les mêmes symptômes que précédemment pendant trois semaines, au bout de ce temps, elle est rendue à la famille, son état étant très amélioré.

Février 1851. — Nouvelle entrée à l'asile de Fains. Cette fois l'accès paraît avoir avorté. Le visage de la malade est congestionné, les yeux sont d'une vivacité inaccoutumée elle parle avec volubilité, mais on ne constate pas l'agitation violente, l'incohérence complète et les actes impulsifs qui caractérisaient les précédents accès.

En raison du caractère intermittent qu'a revêtu la maladie depuis sept ans, Madame X... est soumise à une observation minutieuse pendant quelques jours, mais ses idées et ses paroles ne présentant aucune incohérence, elle est rendue à sa famille, qui la réclame, le 10 mars 1851. — Pendant cette courte période, la malade affecte dans la conversation un ton tranchant et absolu, et n'admet aucune contradiction.

Le 12 mai 1851 (deux mois après la dernière sortie), Mme X... est de nouveau atteinte de manie, avec actes impulsifs, violences, mouvements désordonnés et insomnie habituelle. Elle entre à l'asile de Fains où elle offre tous les caractères d'un délire maniaque général, se traduisant principalement par des actes excentriques et une extrême volubilité de langage.

Elle imprime à toutes ses paroles le ton d'une volonté absolue et dominante.

28 mai. — La loquacité fait place à un calme relativement satisfaisant; un peu d'irritabilité.

20 juin. — La malade est calme, s'occupe depuis quelques temps. Mise en liberté.

Janvier 1853. — La malade est ramenée de nouveau à l'asile de Fains, accompagnée d'un certificat constatant qu'elle est sous l'influence d'une vive agitation maniaque. A son arrivée à l'asile, la malade est assez calme et présente seulement un certain degré de loquacité. Elle est atteinte actuellement d'une ménorrhagie abondante et est très affaiblie ; le calme relatif que nous constatons peut être une conséquence de ces accidents.

Février. — La malade est dans le même état, vers la fin du mois elle a encore une petite perte qui est accompagnée d'une excitation assez intense, mais de courte durée.

Mars. — La malade est calme, ne présente pas d'idées délirantes; son travail est assez suivi.

14 avril 1853. — M X... sort dans un état satisfaisant.

7 janvier 1854. — Nouvelle séquestration à Fains, à la suite d'une agitation violente « qui la rend dangereuse pour la sécurité publique » elle présente tous les symptômes d'un accès violent de manie.

20 janvier. — Légère amélioration. Les idées délirantes n'apparaissent plus qu'à d'assez rares intervalles. Le calme revient. M X... travaille un peu à la couture.

Février. — La malade est calme, s'attriste d'être séquestrée et réclame sa sortie.

Mars. — Accès de manie intense qui dure trois semaines. La malade crie, déchire, se salit. A la fin du mois, le calme revient.

Avril. — Calme jusqu'au 20; à cette époque la malade a des pertes utérines qui ramènent les troubles maniaques.

15 mai. — L'agitation cesse. La malade est calme et travaille régulièrement.

Juin. — Même état.

Juillet. — Même état.

20 août. — Accès de délire furieux qui dure jusque vers le milieu du mois suivant.

20 septembre. — Le calme a reparu, la malade reprend ses travaux quotidiens de couture.

Octobre. — Même état.

Novembre. — La malade a une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui ne paraît pas avoir eu d'influence sur son état mental.

Décembre. — La malade est remise, le calme se maintient.

Janvier 1855. — La malade s'évade de l'asile. On la ramène aussitôt dans un état d'agitation violente, elle s'est portée à des voies de fait sur sa domestique, veut poignarder son mari, en un mot a des impulsions dangereuses.

En février. — L'agitation perd de son acuité, mais la malade délire toujours jusqu'au 25 mars.

Avril. — La malade est plus calme, elle travaille, mais paraît en vouloir beaucoup à son mari parce qu'il l'a fait séquestrer. Elle veut intenter une demande en séparation de corps.

Mai. — Calme, les idées délirantes disparaissent. Travail régulier.

Juin. — Même état.

Juillet. — Accès de manie, avec incohérence des idées et du langage, actes désordonnés, agitation violente.

Août. — L'accès dure jusqu'au 20, jour oú les règles apparaissent; l'agitation cesse le même jour.

Septembre, Octobre, Novembre. — État de calme.

Décembre. — Calme; quelques douleurs utérines; leucorrhée.

Janvier 1856. — Mme X... est calme, mais toujours irritable. Pas d'idées délirantes; cet état dure jusqu'au mois de juillet de la même année.

Juillet. — La malade s'excite, ses idées sont très troublées; elle emploie des expressions ordurières, ses réponses sont pleines de méchanceté et d'arrogance.

Août. — Période de calme qui paraît devoir être attribuée à une hémoptysie abondante que la malade vient d'avoir.

Septembre. — Agitation maniaque, quelques courts intervalles de calme relatif.

Octobre. — Même état.

Novembre. — Amélioration sensible, l'agitation et le délire ont disparu. La malade, sur la demande de sa famille, sort en état d'amélioration provisoire.

1860. — La malade habite Paris. Au mois de juin, accès maniaque qui nécessite sa séquestration à la Salpêtrière pendant trois semaines.

1862. — Nouvel accès au mois d'août, nouvelle séquestration à la Salpêtrière où elle passe deux mois. Elle est mise en liberté dans les premiers jours du mois d'octobre, part pour Verdun où elle se fait arrêter quelques jours après pour tapage et violences.

30 octobre 1862. — La malade est ramenée à l'asile de Fains. A son entrée elle présente une vive agitation, loquacité incohérente, actes désordonnés, insomnie habituelle. Le certificat d'admission déclare qu'elle est atteinte de folie « caractérisée par une manie intermittente et chronique ».

Novembre. — La malade se calme assez rapidement.

Décembre. — L'état mental de Mme X... présente une notable amélioration; sa famille la réclamant, elle sort comme améliorée (30 décembre 1862).

2 janvier 1864. — Deux ans après, Mme X... est séquestrée de nouveau. Agitation violente, fureur. Elle reste à l'asile de Fains jusqu'au mois de mars, présentant de l'agitation avec quelques alternatives de calme.

14 mars 1864. — La malade est réclamée par sa famille. Elle

sort munie d'un certificat indiquant la probabilité d'une récidive.

Août 1866. — Nouvelle séquestration à Fains. Agitation violente, folie furieuse, incohérence dans les idées et le langage, actes désordonnés.

Elle présente pendant quatre ou cinq mois les symptômes de manie que nous avons déjà décrits.

Février 1867. — Le calme reparaît.

17 février. — La malade sort dans un état relativement satisfaisant.

En 1870. — Mme X... va habiter Nancy avec un de ses fils; au mois de juillet de la même année, explosion d'un nouvel accès de manie qui nécessite son internement à l'asile de Maréville, où elle fait un séjour de deux mois. Elle en sort améliorée, dans le courant du mois de septembre, et retourne dans son pays où elle demeure jusqu'en 1873.

22 mai 1873. — Les accès de manie reparaissent. On reconduit la malade à Fains où elle reste jusqu'au 5 août de la même année. A cette époque la famille la réclame pour tenter un nouvel essai et elle sort malgré les conseils du médecin traitant dont le certificat de sortie est ainsi conçu : « Manie chronique à forme rémittente avec chances de guérison peu probables. »

En juin 1876 (trois ans après), — la malade commence tout à coup à s'adonner aux boissons alcooliques (pour la première fois) et est bientôt en proie à un accès de folie furieuse.

13 juin. — Nouvelle séquestration à Fains. L'agitation ne tarde pas à perdre de sa violence.

Du mois de juillet au mois de décembre, la malade est atteinte de rhumatisme articulaire subaigu, et présente des alternatives de calme et d'agitation.

En 1878, — Mme X... présente quelques accès maniaques à retours irréguliers; séparés par des rémissions d'un ou plusieurs mois.

Novembre 1878. — La malade, calme depuis quelque temps, est mise en liberté.

17 novembre 1879 (un an après), — la malade est réintégrée dans l'asile de Fains pour la onzième fois.

A son entrée, elle présente un état général d'excitation, et passe des nuits à déclamer et à chanter des choses incohérentes.

Par moments l'agitation est extrême.

Décembre. — La malade est déprimée, parle peu.

Janvier 1880. — Mme X... est calme et s'occupe.

Février. — Même état.

Mars. — Mme X... se plaint de courbature, de malaise (elle est atteinte de bronchite chronique). On la fait passer dans le quartier de l'infirmerie.

Avril. — Séjour à l'infirmerie, calme.

Mai. — L'état général est meilleur. Mme X. reprend sa place dans son quartier habituel où elle reste calme et travaillant à la couture jusqu'à la fin de juillet.

Août. — Nouvelle période d'agitation, identique aux précédentes et durant environ un mois.

Septembre. — La malade est moins excitée.

Octobre. — Période de calme. Mme X... travaille régulièrement avec les autres malades.

Novembre. Décembre. — Même état.

Janvier 1881 (Note semestrielle). — Même état mental, manie chronique à forme rémittente.

La période de calme se prolonge pendant les mois suivants jusqu'au mois d'août, époque à laquelle la malade est reprise par un accès maniaque.

Septembre. — Même état d'agitation, la malade s'évade de l'asile et est ramenée par les gendarmes. Agitation violente.

Octobre. — La malade est déprimée comme au mois de décembre 1879, mais à cet état de dépression viennent s'ajouter pour la première fois quelques idées délirantes de nature mélancolique ou plutôt hypocondriaque. Elle va se coucher à l'infirmerie, et reste étendue dans son lit sans faire le moindre mouvement, disant qu'elle est « comme paralysée. »

Elle répond à peine aux questions qu'on lui pose.

Cet état de torpeur se prolonge pendant quatre mois, jusqu'à la fin de janvier 1882.

Février. — La malade se réveille de son engourdissement et reprend ses travaux de couture ; calme.

Mars, Avril, Mai. — Même état.

A la fin du mois de mai, la malade retombe dans l'état de dépression et de torpeur que nous avons indiqué précédemment et reste couchée à l'infirmerie pendant trois mois, jusqu'au mois d'août.

Au mois de septembre, Mme X... reprend son activité et s'occupe régulièrement aux travaux de couture. Cet état de calme dure encore (novembre).

Nous joignons à cette intéressante observation un tableau indiquant les différentes séquestrations de Mme X... par ordre de dates. On pourra ainsi se faire une idée de la triste existence

que mènent les infortunés atteints de la forme de manie chronique que nous décrivons :

| | | | Entrée en | Sortie en |
|---|---|---|---|---|
| Ire | Séquestration. | Asile de Fains........... | 1844 (janv.). | 1844 (juin).. |
| IIe | — | Asile de Maréville.... . . | 1848 (juill.). | 1848 (sept.). |
| IIIe | — | Asile de Fains........ .. | 1851 (févr.). | 1851 (mars). |
| IVe | — | Asile de Fains.......... . | 1851 (mai)... | 1851 (juin).. |
| Ve | — | Asile de Fains.. .. .. . | 1853 (janv.). | 1853 (avril). |
| VIe | — | Asile de Fains........... | 1854 (janv.). | 1856 (nov.). |
| VIIe | — | Hospice de la Salpêtrière.. | 1860 (juin)... | 1860 (juill.). |
| VIIIe | — | Hospice de la Salpêtrière.. | 1862 (août).. | 1862 (oct.) . |
| IXe | — | Asile de Fains......... ... | 1862 (oct.).. | 1862 (déc.).. |
| Xe | — | Asile de Fains........... | 1864 (janv.). | 1864 (mars). |
| XIe | — | Asile de Fains..... ...... | 1866 (août) . | 1867 (févr.). |
| XIIe | — | Asile de Maréville.... .... | 1870 (juill.). | 1870 (sept.). |
| XIIIe | — | Asile de Fains......... ... | 1873 (mai)... | 1873 (août).. |
| XIVe | — | Asile de Fains............. | 1876 (juin).. | 1878 (nov.). |
| XVe | — | Asile de Fains......... .... | 1879 (nov.).. | » |

## Observation VII

(Communiquée par M. le docteur Mabille).

Sommaire. — Pas d'hérédité. — Début de l'affection mentale antérieur à 1870. — De 1870 à 1878, trois séquestrations. — Depuis 1878, série d'accès maniaques durant de dix jours à un mois. Rémissions durant de un à trois mois. — Début brusque, coïncidant souvent avec l'apparition des règles, accompagnée toujours d'insomnie et d'embarras gastrique. — Période d'état : agitation violente. — Période de déclin : assez courte, accompagné d'état anémique et de fatigue générale. — Période de rémission : calme, indifférence, apathie, sauf un sentiment de jalousie contre un frère. —Constipation habituelle.

Mademoiselle X..., née à Poitiers (Vienne), célibataire, sans profession, entre à l'asile de L... le 30 août 1878.

29 août 1878. — « *Je soussigné, etc., certifie que mademoiselle X... etc., âgée de 36 ans, est atteinte de manie, que cette affection a nécessité plusieurs fois son entrée dans une maison de santé et qu'il serait dangereux pour elle et pour les autres de la laisser en liberté. En conséquence, etc.* »

C. Robert.

31 août 1878. — « *Je soussigné, directeur-médecin de l'Asile, certifie que la nommée X... est atteinte de manie hystérique à type intermittent aigu.* »

H. Arnozan.

12 septembre 1878. — *Je soussigné, etc., certifie que la nommée X..., entrée le 30 août 1878, est toujours dans le même état de délire avec incohérence des idées et doit être maintenue.* »

H. Arnozan.

Mademoiselle X... est âgée de 36 ans, elle est d'une taille moyenne, et ne présente pas de malformation cranienne. Tempérament lymphatique. L'intelligence est assez développée. Instruction suffisante.

Pas d'antécédents héréditaires. Le père présente de l'affaiblissement sénile des facultés intellectuelles, mais il a atteint un âge très avancé. La mère, une sœur et un frère sont sains d'esprit et jouissent d'une bonne santé.

La malade n'a jamais présenté de symptômes d'hystérie franche, ni attaques convulsives, ni sensations de boule, etc.

Le début de la maladie de mademoiselle X... remonte à une époque assez éloignée, époque à laquelle la malade est entrée dans un couvent pour devenir religieuse; elle attribue l'explosion du premier accès à la réclusion, et aux pratiques ascétiques; mais c'est en 1870 seulement, qu'on fut obligé de la placer, pour la première fois, dans une maison de santé où elle demeura quatre ans. Sortie dans un état d'amélioration passagère, elle est, au bout de quelque temps, de nouveau placée dans un asile pendant deux ans. Au bout de ce laps de temps, elle est mise en liberté. Pendant dix-huit mois elle est calme (sauf deux ou trois courts accès de la durée de quelques jours), mais les accès de manie reparaissant avec violence on la conduit à l'asile de L... (1878) où elle est encore.

Pendant les années 1878, 1879 et 1880, mademoiselle X..., présente une série d'accès maniaques d'une durée variant de dix jours à un mois, séparés par des intervalles de rémission durant de un à trois mois.

Pendant les accès, qui sont constamment précédés d'un embarras gastrique très intense, la malade est le type de l'aliénée maniaque, les cheveux flottent au vent, la face est vulteuse, les yeux hagards, le sourire hébété, elle crie, prononce des discours incohérents, profère des obscénités, déchire ou brise tout ce qui lui tombe sous la main, tapisse les murs et se frotte elle-même de ses excréments. L'agitation est à son comble et persiste jour et nuit. Le début coïncide souvent avec l'apparition des règles, d'autres fois les règles apparais-

sent pendant l'accès et l'agitation accroît alors d'intensité. Durant la période de calme, au contraire, la malade est douce et inoffensive, mais elle se préoccupe de la fortune qu'elle pourrait avoir et est jalouse de son frère qui a hérité d'une parente à son détriment.

Elle présente aussi un certain degré d'apathie, de l'indécision dans le caractère, elle manque d'initiative, et ses idées ne vont pas au delà d'un cercle assez restreint. Quelquefois elle parle peu, paraît concentrée. Au point de vue de la santé générale, on constate un certain degré d'anémie et un état de constipation habituelle.

Le 18 février 1881, la famille ayant formulé une demande en interdiction contre la malade qui se trouvait alors dans une période de rémission, le tribunal de R... déclare : « Attendu que le tribunal ne juge pas la cause en état de recevoir une solution et qu'il lui paraît utile, pour éclairer sa religion, d'interroger de nouveau la demoiselle X...; dit et ordonne que la demoiselle X... sera interrogée, etc. »

Le 24 mars 1881, la malade est interdite durant une crise violente.

Avril 1881. — La malade est calme, présente un certain degré d'anémie. Elle se préoccupe un peu de sa santé, refuse de prendre des bains, trouve le vin de quinquina trop irritant pour son estomac.

Mai. — Santé générale meilleure. Période de calme.

Juin. — Même était.

Juillet. — Même état. Quelques idées religieuses exagérées.

11 Août. — Début d'une période d'agitation précédée d'insomnie et d'embarras gastrique.

29 Août. — Vient d'avoir un accès maniaque qui a duré environ dix jours. Elle est actuellement plus calme.

Septembre. — Période de calme.

1er Octobre. — Violente période d'excitation qui dure environ trois semaines.

24 Octobre. — Le calme revient.

1er Novembre. — Quelques jours après la terminaison de l'accès précédent, apparition des menstrues et retour simultané de l'excitation.

16 Novembre. — Au moment où l'accès paraissait prendre fin, la famille vient visiter mademoiselle X..., et l'agitation recommence avec la même intensité.

Décembre. — La période d'agitation est terminée, la malade

présente comme toujours un certain degré d'anémie et de fatigue générale : Fer, vin de quinquina.

Janvier 1882. — Note semestrielle : « *Calme parfait, pas de délire des actes, ni de langage, quelques préoccupations d'intérêt. Anémie, vin de quinquina.* »

MABILLE.

Février. — Même état.

Mars. — Même état.

10 Avril 1882. — Certificat de situation. — « *Mademoiselle X... est calme en ce moment et depuis trois mois nous n'avons pas vu reparaître les crises d'excitation. Elle s'occupe, paraît ne pas se déplaire à l'Asile et se promène. Sa santé est excellente.* »

MABILLE.

Depuis ce dernier certificat l'état de la malade n'a pas varié, il est tel que nous l'avons décrit plus haut. La constipation est habituelle, on la combat par l'administration fréquente de la rhubarbe et de l'eau d'Hunyadi-Ianos.

Nous joignons à cette observation des renseignements écrits par la malade elle-même, il y a quelques jours, et qui donnent une notion assez exacte de son état mental pendant la période de rémission :

« 14 novembre 1882. — Il y a à P... l'Hôpital-Général, où il y a des malades pauvres, des vieillards, des enfants naturels; il y a aussi un côté pour les personnes aliénées de toutes les conditions. J'ai été deux fois à l'hôpital, pendant 19 jours, l'année que je suis venue ici, et puis en 1870. — Dans le courant du mois de mars 1870, je me suis trouvée très souffrante, et j'ai demandé à aller à l'hopital; j'étais beaucoup plus souffrante, je vomissais et je n'avais plus ma tête. On ne m'a placée à l'hôpital que quand j'ai eu perdu mes idées; et j'étais du côté des aliénées. J'y suis rentrée le 23 ou 24 mars 1870 et j'en suis sortie dans le mois d'octobre 1874; pendant cè temps-là, j'ai eu plusieurs rechutes, j'étais pendant un certain temps bien, puis je retombais, c'était presque toujours au moment de mes époques que je retombais malade. Je pense que cette maladie venait de peines et aussi du sang qui me travaillait pendant ces moments-là; je souffrais beaucoup, je me sentais les nerfs très fatigués, je déraisonnais, et j'étais très agitée.

Quand j'étais bien, le médecin me permettait de sortir pour acheter ce que j'avais besoin, et pour aller voir ma famille ; je partais seule et n'en abusais pas. Pendant les quatre ans et demi que je suis restée à l'hôpital, j'ai été deux ou trois fois chez mes parents passer quelques jours, dans des moments où je n'étais pas bien ; parce que mes parents étaient venus eux-mêmes me chercher.

» Dans le courant du mois d'octobre 1874, étant à l'hôpital, il paraît que mes parents avaient fait assembler un conseil de famille (je ne sais pas de quelles personnes il était composé) ; on avait décidé que j'irais à l'asile des aliénées du M.... Mes parents ont fait faire les démarches qu'il fallait faire pour cela, ils m'ont gardée un ou deux jours chez eux, et ensuite ils m'ont conduite à l'asile du M..., où je suis restée jusqu'au 28 mars 1876. Quand je suis sortie de l'hôpital et quand je suis allée au M... j'avais bien mes idées, j'étais très calme, et très tranquille ; j'ai visité en arrivant au M... la ville, avec mes parents, puis le médecin de l'asile de M..., Monsieur M..., me trouva très bien ; mais comme les papiers que mes parents lui ont donné attestaient que j'avais été malade de tête, il m'a reçue dans son asile, en disant que si mon bien continuait, il ne pourrait pas me garder, parce qu'il n'avait dans son asile que des personnes aliénées. Il n'y avait pas longtemps que j'étais malade, et on pensait sans doute qu'un changement d'air me ferait du bien. Deux ou trois jours après mon arrivée, l'impression de me voir dans cet asile, et la peine, m'ont entièrement bouleversée ; je n'avais plus du tout mes idées ; j'ai eu plusieurs rechutes à M..., et lorsque j'en suis sortie, il y avait neuf mois que j'étais mieux. Pendant que j'étais à l'asile de M... le médecin me permettait de sortir pour acheter ce que j'avais besoin et pour me promener, mais je ne sortais jamais seule. On a dit, dans une pièce de mon interdiction, qu'en sortant du M... on m'avait incarcérée pendant trois mois, à l'hôpital de P... parce que j'étais malade, c'est une erreur. Lorsque je suis sortie du M... j'étais très bien, et en arrivant à P... le 28 mars 1876, je suis allée demeurer chez les demoiselles D..., rue des Carmes, où mes parents m'avaient placée comme locataire. Je m'y trouvais bien, et j'y étais encore quand je suis venue ici, c'est-à-dire le 29 août 1878. La première année que j'étais chez ces demoiselles, je me portais très bien, je sortais seule, et je n'ai eu aucun dérangement de santé.

» La seconde année, j'ai été encore longtemps bien, puis je me suis sentie très souffrante, je ne suis pas sortie pendant ce

temps-là, j'en ai averti ces demoiselles, et il ne m'est arrivé dans ce moment-là aucun accident. Ces demoiselles ont fait prévenir mes parents qui demeuraient alors à une lieue de P... Quand mes parents sont arrivés je n'avais plus mes idées, ils m'ont emmenée avec eux à la campagne, où je suis restée une quinzaine de jours. Ensuite je suis retournée demeurer avec les demoiselles D... j'étais mieux, quoique moins forte. Mes parents avaient mis leur bien en vente, cela m'a fait beaucoup de peine et c'est une des causes des dérangements de santé que j'ai eus avant de venir ici. Dans le mois de mars 1878, je m'étais beaucoup fatiguée à soigner mon oncle qui était malade, et puis j'avais beaucoup d'autres peines. Je me suis sentie très souffrante pendant que je le soignais, je lui ai demandé de retourner chez moi, pour me reposer pendant quelques jours, et lorsque j'ai été rendue chez les demoiselles D... où je demeurais, je me suis trouvée plus souffrante, le voyage m'avait encore fatiguée; le lendemain je n'avais plus mes idées, et on m'a placée alors à l'hôpital où je suis restée 19 jours. C'est mon père qui est venu me sortir de l'hôpital, depuis ce moment j'ai été souvent malade.

» Avant 1870 j'avais eu d'autres fois cette mauvaise maladie, mais on ne m'avait encore jamais placée dans une maison d'aliénées. Étant jeune, j'ai eu l'intention de me faire religieuse, à l'âge de dix-sept ans j'étais rentrée avec la permission de mon père chez les dames hospitalières pour me faire religieuse, c'était une communauté cloîtrée. J'avais été reçue novice, mais je n'avais pas encore fait de vœux quand j'en suis sortie, je n'étais pas encore reçue religieuse. Le manque d'exercice en plein air avait été cause du dérangement de santé que j'ai eu alors. Ce qui m'avait rendu malade, c'était aussi la peine que j'avais éprouvée en voyant que mes parents voulaient me deshériter. Ils avaient dit que si je me faisais religieuse, je n'aurais jamais rien d'eux. »

### OBSERVATION VIII

SOMMAIRE. — Pas d'antécédents connus. — Le premier accès paraît avoir été causé par des chagrins domestiques. — Sept ou huit accès en quatre ans durant de quinze jours à un mois. — Début : période prodomique de quelques jours durant laquelle la malade est excitée, insolente, susceptible et très irritable. — Période d'état : agitation très vive, impulsions dangereuses. — Période de déclin assez courte, idées vagues de persécution, sans hallucinations apparentes, irritabilité. — Période de rémission : calme, indifférence, absence complète de sentiments affectifs, toujours un peu d'irritabilité. — Constitution faible. — Tuberculose pulmonaire. — Menstruation irrégulière.

La nommée F..., Emélie, femme P..., âgée de trente-cinq ans, née à Bernay (Eure), entre à l'asile de Ville-Évrard à la fin de février 1878.

Pas d'antécédents connus, nous savons seulement que cette malade, mariée depuis quelques années, n'a pas été heureuse en ménage et que l'accès qui l'amène ici a débuté brusquement il y a trois jours. La malade paraît d'une constitution assez faible, elle est peu et mal réglée.

Le diagnostic porté est : — Vive excitation maniaque caractérisée par une bizarrerie de caractère, de l'irritabilité, quelques idées de persécution; avec réponses ironiques et insolentes.

Dès son arrivée la malade refuse de répondre aux questions qui lui sont posées. Il suffit qu'on la prie de faire quelque chose pour qu'elle fasse le contraire. Elle est extrêmement difficile à diriger, très irritable.

1er mars 1878. — Explosion d'un violent accès de manie; cris, chants, pleurs, violences, incohérence complète.

19 mars. — Les symptômes s'amendent, la malade est plus calme, mais s'emporte facilement lorsqu'on lui parle. Déclare qu'elle n'est pas mariée, qu'elle n'a pas l'honneur de connaître le sieur X... (son mari).

31 mai. — Depuis cinq semaines, la malade est calme, travaille à la couture, on peut causer longuement avec elle sans l'irriter. Elle est indifférente et ne désire voir personne de sa famille.

15 août. — Continue à aller mieux, calme, travaille; même état.

Septembre. — Violent accès d'agitation, identique au premier. L'accès dure trois semaines environ.

15 octobre. — La malade va mieux, mais est encore très irritable. Travaille d'une façon irrégulière.

23 novembre. — Le calme est revenu, même indifférence, même perte des sentiments affectifs. Pas d'idées délirantes ni d'hallucinations. Les facultés intellectuelles ont conservé toute leur intégrité.

Janvier. — Accès de manie violente, impulsions dangereuses. L'accès débute brusquement et dure un mois environ.

Juillet 1879. — Même état.

Janvier 1880. — La malade a des apparences calmes, mais lorsqu'on veut causer avec elle, il semble toujours qu'elle cache quelque chose. Se plaint un peu d'être délaissée, quoiqu'elle ne veuille écrire à personne de sa famille, par *amour-propre*.

Avril 1880. — Accès de manie furieuse. La malade « veut écharper les médecins et les sœurs, elle finira tôt ou tard par être plus puissante que nous et alors... » elle achève sa pensée en roulant des yeux féroces. Durée de quinze jours environ.

Mai. — Période de calme; quelques idées vagues de persécution, mais il faut pousser la malade pour qu'elle arrive à vous dire qu'elle a à se plaindre de tout le monde. Elle dit cela en s'irritant et en se levant de sa chaise pour nous tourner le dos. Travaille d'une façon convenable, et cause très rainsonnablement avec ses compagnes. Pas d'hallucinations.

Octobre. — Un soir, à la contre-visite, nous nous approchons de cette malade, que la religieuse du service nous dit être très irritable depuis quelques jours. Elle se précipite sur nous en vociférant et nous frappe violemment. Les filles de service l'entraînent aussitôt dans une chambre d'isolement où elle brise en quelques secondes toutes les vitres des fenêtres. L'agitation dure trois semaines environ.

Janvier. — Est calme, nous paraît plus concentrée et plus irritable que dans les périodes de calme précédentes. On retrouve toujours chez elle un fond d'idées très vagues de persécution, sans pouvoir constater l'existence d'hallucination.

Mars. — Très calme, travaille régulièrement.

Cette malade présente quelques signes de tuberculose pulmonaire. Elle s'affaiblit progressivement pendant l'année 1881. Dans le courant de cette année, elle a eu encore deux ou trois accès de manie, moins violents et moins longs que les précédents, ce qui s'explique par l'état de faiblesse dans lequel elle se trouvait. Elle était devenue aussi plus irritable, d'une susceptibilité extrême et même dans les derniers moments de sa

vie, couchée à l'infirmerie, était considérée comme dangereuse. Ses facultés intellectuelles sont restées indemnes jusqu'au dernier moment.

Octobre 1881. — Décès. A l'autopsie les centres nerveux ne présentaient aucune lésion appréciable.

### Observation IX

Sommaire. — Pas d'antécédents héréditaires. — Premier accès en 1876, à la suite d'une fièvre scarlatine. — Depuis 1876 jusqu'en 1881, cinq accès durant de six semaines à quatre mois, séparés par des intervalles variant comme durée de neuf à sept mois. — Début brusque, accompagné d'embarras gastrique. — Période d'état : agitation extrême, sans actes impulsifs. — Période de déclin rapide. — Période de rémission caractérisée par de la gaieté (habituelle chez la malade) et une insouciance complète avec dégoût pour le travail, contrastant avec les habitudes antérieures. — Intelligence conservée. — Santé générale excellente; les règles supprimées pendant les accès, reparaissent durant la période de calme.

La nommée M..., Marie, âgée de quarante ans, née à Hondschoote, entre à Ville-Évrard en avril 1877. Pas d'antécédents héréditaires. La malade est forte, bien constituée. Les règles sont supprimées pendant l'accès et régulières pendant les intervalles de calme. En mai 1876, elle est atteinte de la fièvre scarlatine et vers la fin de sa convalcscence, elle a un premier accès de manie aiguë parfaitement caractérisé qui dure deux mois et qui nécessite sa séquestration dans une maison d'aliénées. Elle sort complètement guérie, dit sa sœur, *mais n'ayant pas grand goût au travail.*

En avril 1877, elle se plaint d'avoir la fièvre un soir, la langue était saburrale, la tête lourde. Elle se couche, ne peut dormir, et se relève vers cinq heures du matin. A partir de cette heure matinale jusqu'au soir elle se promène de long en large dans sa chambre en chantant à pleine gorge « sans penser à rien », a-t-elle dit plus tard. Nouvelle séquestration. L'accès dure environ deux mois. Il est caractérisé par une agitation vive sans impulsion violente et par un retour à la santé très rapide. La malade est mise en liberté, et retourne auprès de sa sœur. Elle n'était pas triste et causait gaiement comme avant sa maladie, mais ne pouvait pas se décider à s'occuper sérieusement; elle qui était jadis si laborieuse passait ses journées à se promener, à aller voir ses amis. Sa

sœur, qui l'observait avec inquiétude, n'a pu noter la moindre trace d'une idée délirante quelconque en dehors de cet état anormal de paresse et d'insouciance. L'intelligence est conservée.

Vers le mois de mars 1878, elle eut encore la fièvre comme l'année précédente et « commença à faire du train », on la conduisit à Sainte-Anne. Cet accès dura un peu plus longtemps que les autres, quatre mois, et elle ne fut mise en liberté que treize mois après son entrée. Elle était d'ailleurs tranquille depuis assez longtemps, nous dit sa sœur. Même état de calme. L'intelligence est normale, en rapport avec l'éducation qu'elle a reçue. L'année 1879 s'acheva sans qu'un nouvel accès apparut:

En juin 1880 éclate un quatrième accès, présentant les mêmes prodromes (fièvre, état saburral des voix digestives), qui ne dure que six semaines, au bout desquelles on met la malade en liberté. Toujours gaie, toujours docile, elle reprend sa vie oisive.

Février 1881 — Sept mois après, retour d'un nouvel accès, se présentant d'une façon identique. La malade est envoyée à Villle-Évrard, où elle est agitée pendant six semaines environ, après quoi, comme elle est devenue douce et inoffensive on la rend à sa sœur. Depuis, les accidents maniaques n'ont pas reparu, la malade est dans le même état de quiétude.

Remarquons, en passant, que cette malade avait pleine conscience de ses accès, mais qu'elle les considérait comme des accidents de peu d'importance; elle s'étonnait, sans aigreur, qu'on l'enfermât pour si peu de chose.

### Observation X

Sommaire. — Antécédents inconnus. — Hérédité douteuse d'après les renseignements de la malade. — Premier accès en 1878 (à 27 ans). — Depuis, accès revenant toutes les huit ou dix semaines et durant de douze à quinze jours. — Début nocturne après deux ou trois nuits d'insomnie. — Période d'état : vive agitation. — Période de déclin brusque, accompagnée invariablement d'un ou deux jours d'obtusion intellectuelle. — Période de rémission : état d'apathie, d'indifférence, de tristesse vague; intelligence indemne. — Santé générale bonne. — Menstruation régulière.

La nommée Mar. Marie, âgée de 27 ans, couturière, née à Paris, entre à Ville-Évrard le 31 novembre 1878. Antécédents

inconnus; bonne constitution, menstruation régulière. Les certificats de MM. les docteurs Bourdon et Bouchereau constatent une vive agitation maniaque, avec propos incohérents, cris, chants, sanglots, désordre dans les mouvements.

Ce premier accès dure douze jours environ, après quoi la malade tombe pendant deux jours dans un état de torpeur cérébrale, d'obtusion intellectuelle, assez profond. Elle répond lentement aux questions qu'on lui pose et paraît s'éveiller d'un long sommeil. Elle revient vite à un état à peu près normal et se met à travailler; elle parle alors facilement, mais il y a chez elle un fond de tristesse, sur lequel elle ne veut ou ne peut s'expliquer. Elle nous dit que c'est la première fois qu'elle est malade et que personne n'a jamais été malade de la tête dans sa famille.

Janvier 1879. — Nouvel accès, qui éclate au milieu de la nuit. La malade se met à crier, chanter, à secouer ses compagnes dans leur lit. Les mouvements sont brusques et désordonnés, mais ils ne sont pas menaçants. Dans son délire, la malade ne paraît pas être animée du désir de nuire. Cependant elle déchire inconsciemment ses vêtements et ses draps.

Après ce deuxième accès, qui dure quinze jours environ, nouvelle période d'obtusion intellectuelle durant environ trente-six heures, puis la malade revient à l'état que nous avons décrit.

1879. — Pendant le courant de l'année 1879 les accès se renouvellent sans régularité, après un intervalle qui dure de six à dix semaines, intervalle pendant lequel elle est calme, travaille régulièrement et paraît seulement un peu triste.

Les facultés intellectuelles ont conservé leur intégrité, les sentiments affectifs ne sont pas très développés. Elle ne réclame pas sa sortie, accepte son genre d'existence avec une indifférence complète. La menstruation est régulière.

1880. — Même observation que pour l'année précédente. Depuis le début de la maladie, les accès ont été identiques. Ils débutent toujours la nuit. Deux ou trois nuits avant le début de l'accès, la malade dort mal, se lève, va regarder par la fenêtre, se promène dans le dortoir. Nous remarquons depuis quelque temps que les accès sont plus violents et qu'ils sont accompagnés d'actes impulsifs pendant lesquels M... brise et déchire tout ce qui lui tombe sous la main. La période d'obtusion intellectuelle se présente invariablement.

Mar... sait qu'elle est malade, mais ne se rend pas bien compte de la durée et de la nature de ses accès. Elle con-

serve seulement le souvenir des deux ou trois premiers jours.

Nous avons fait surveiller pendant la nuit la malade pour savoir si elle n'était pas atteinte d'épilepsie, mais on n'a jamais observé de convulsions, de perte absolue de connaissance, pas de morsure de la langue, pas d'incontinence d'urine, etc.

1881. — État identique à celui des années précédentes, la malade est transférée dans un asile de province, nous l'avons perdue de vue.

### Observation XI

Sommaire. — Hérédité douteuse. — Premier accès à 21 ans, à la suite d'une couche. — 1872 à 1881 (9 ans), quatre accès durant de quatre à six mois. — Début brusque. — Période d'état : agitation extrême, propos grossiers et incohérents. — Période de déclin brusque, caractérisée par deux ou trois jours d'obtusion intellectuelle. — Période de rémission : calme, aspect triste, indifférent, peu de sentiments affectifs. — Santé générale bonne.

La nommée H..., âgée de vingt-quatre ans, née à Paris, a été soignée à Ville-Évrard de juin 1873 (la malade était alors âgée de vingt et un ans) à février 1877 pour une manie puerpérale.

Il nous a été impossible d'avoir des renseignements sur ce premier accès. Pas d'antécédents dans la famille. La mère avoue que le père buvait un peu le dimanche seulement. — Ce second accès a éclaté brusquement sans cause appréciable.

Septembre 1875. — Elle entre à Ville-Évrard pour la seconde fois. On porte le diagnostic de : « Manie aiguë, divagations, incohérence extrême, propos grossiers, actes désordonnés; chants, rires fréquents et sans cause. »

Mars 1876. — L'accès prend fin assez rapidement, et est suivi de deux ou trois jours d'obtusion intellectuelle.

Juillet. — La malade est triste, mais sans divagations; elle travaille d'une façon assidue et régulière et n'a qu'un souvenir très vague de son accès. Les sentiments affectifs, autrefois très développés chez notre malade, ont disparu.

Janvier 1877. — Douce et inoffensive. Est mise en liberté.

Janvier 1879. — La malade entre à Ville-Évrard pour la troisième fois. Accès maniaque, incohérence dans les propos, désordre dans les actes, cris, chants, etc. Cet accès, d'après la mère, est arrivé brusquement, sans cause; depuis quelques jours la malade lui paraissait absorbée.

Mai. — La malade est revenue au calme après avoir passé par une période d'obtusion intellectuelle de trente-six heures, mais triste et indifférente. Ne délire pas.

Août. — « État de santé satisfaisant, mais comme la maladie a une forme intermittente nous devons craindre un nouvel accès. » (Note du médecin traitant.)

Novembre. — Santé améliorée. L'intelligence est nette. La mémoire est conservée pour les événements qui se sont passés dans sa jeunesse et dans les intervalles de calme.

Mai 1881. — Accès maniaque ayant débuté par de violentes récriminations contre sa mère, sa tante, etc., toujours sans cause connue.

Août. — L'accès se termine brusquement, comme les précédents, par une courte période de torpeur intellectuelle. La malade est calme, mais ses réponses sont pleines de réticences, elle a l'air de cacher quelque chose, on n'observe pas d'affaiblissement intellectuel.

Septembre. — La malade est calme, parle sans se faire prier. Un peu d'apathie.

Octobre. — La malade est transférée dans un asile de province.

## Observation XII

Sommaire. — Pas d'hérédité. — Premier accès en 1879 à la suite d'une couche (la malade était âgée de vingt-cinq ans); dure deux mois. — Deuxième accès, deux mois après, à la suite de chagrins domestiques; dure trois mois. — Troisième accès un an après, d'une durée de trois mois. — Début connu seulement pour le premier accès : promenades sans but, achats inconsidérés. — Période d'état : agitation violente, grossièretés, obcénités. — Période de déclin assez lente, calme, avec incohérence dans les idées durant un mois environ. — Période de rémission caractérisée par une attitude réservée, du laconisme, la suppression des sentiments affectifs, de l'indifférence et de l'apathie; intelligence normale. — Santé bonne. — Menstruation régulière.

La malade L..., femme A..., actuellement dans le service du Dr Bouchereau à l'asile Sainte-Anne, est âgée de 28 ans, elle est née à Paris où elle exerçait la profession de caissière. Le père et la mère de la malade sont vivants et bien portants ; aucun antécédent héréditaire à noter. La malade est fille unique, n'a pas eu de grandes maladies dans son enfance. Réglée à 14 ans, elle l'a toujours été régulièrement depuis cette époque.

Elle était attachée à une maison de parfumerie, chez un de ses oncles.

Elle est restée auprès de ce parent jusqu'à son mariage, elle avait alors 21 ans. Le délire a éclaté quatre ans après à la suite d'une couche.

Il nous a été impossible d'avoir des renseignements sur le début et la marche de ce premier accès.

9 février 1879. — « *Impulsion au suicide avec tentatives réitérées, paraissant se rattacher à une manie puerpérale. Intervalles de lucidité. Nécessité d'un examen ultérieur.* »

PROSPER LUCAS.

13 février 1879. — « *Troubles impulsifs; tendance au suicide, liée à une manie puerpérale, améliorée, beaucoup plus calme.* »

PROSPER LUCAS.

La malade a un souvenir assez vague de ce qui s'est passé pendant ses accès, mais elle dit ne pas se rappeler avoir eu de tristesses, elle qualifie volontiers ses crises de *fièvres chaudes* et reconnaît qu'elle est alors très exaltée, très excitée. Les tentatives de suicide indiquées dans les certificats précédents nous paraissent donc devoir être rapportées à ces impulsion, subites involontaires qui caractérisent les actes des maniaques, plutôt qu'à un désespoir lié à un délire mélancolique.

La malade passe deux mois et demi à Sainte-Anne et en sort le 26 avril 1879. Cinq semaines après, elle était séquestrée de nouveau.

1er juin. — « *Légère excitation avec prédominance d'idées de persécution.* »

MAGNAN.

15 juin. — « *Légère excitation avec prédominance d'idées de persécution, agitation et violences par moments.* »

MAGNAN.

Les idées de persécution consignées dans les précédents certificats, étaient expliquées jusqu'à un certain point par la conduite du mari, qui négligeait réellement sa femme et lui avait donné une rivale sous le toit conjugal. Ces idées étaient d'ailleurs confuses, liées à l'excitation et ont disparu assez rapidement.

L'excitation dure deux ou trois mois.

Décembre 1879. — La malade est actuellement assez calme, travaille à la buanderie de Sainte-Anne. Elle réclame sa sortie, mais on note encore a de certains moments un peu d'incohérence dans les idées. Elle avoue avoir été malade à son premier accès, mais elle nie absolument le second. Elle ne présente ni idées de persécution, ni conceptions délirantes particulières.

Janvier 1880. — Même état. Le sommeil est plus régulier.

Février. — A été souffrante à l'époque de ses règles (le 14). S'est plainte de céphalalgie, de douleurs abdominales et lombaires pendant trois jours. Elle est parfaitement remise.

Mars. — La période de calme continue. Elle travaille régulièrement, mais en travaillant elle parle avec volubilité, cause beaucoup avec ses camarades.

Avril. — Le calme s'accentue, parle moins en travaillant, mais ne veut pas reconnaître qu'elle a été malade à deux reprises différentes.

Mai. — Même état.

Juin. — La malade est tranquille; mais paraît peu communicative, ne demande rien.

Juillet. — Toujours un peu taciturne.

Août. — Même état.

Septembre. — Même état.

Octobre. — L'état de calme ne varie pas, la malade répond exactement aux questions qu'on lui pose, on ne découvre chez elle aucune trace de conceptions délirantes: mais elle est toujours taciturne, concentrée.

25 octobre 1880. — On la laisse sortir comme *améliorée.*

Deux mois et demi après, la malade sort un jour de chez elle et va dans divers magasins acheter plusieurs objets dont elle n'avait aucun besoin, et d'autres dont le prix était disproportionné avec ses moyens d'existence. Elle est ramenée à Sainte-Anne à la suite de cette équipée.

10 janvier 1881. — « *Excitation maniaque, propos incohérents : actes désordonnés, achats inconsidérés; promenades sans but, incapable de se diriger.* »

BOUCHEREAU.

25 janvier 1881. — « *Excitation maniaque; désordres dans les idées, les actions; conscience incomplète de ses actes.* »

BOUCHEREAU.

La malade est en proie à un accès maniaque d'une extrême violence. Elle déchire ses vêtements, frappe les personnes qui l'entourent, rit et vocifère les injures les plus grossières et les plus obscènes. Cet accès dure jusque vers le milieu du mois d'avril. A cette époque elle paraît plus calme, mais il y a encore un peu d'incohérence dans les idées.

Mai. — La malade est calme ; plus d'incohérence dans les idées. Elle répond exactement aux questions qu'on lui pose. Toujours taciturne et se tenant à l'écart, ne se plaint de rien.

Juin, Juillet, Août. — Même état mental. Mme L... travaille régulièrement. Elle est autorisée à aller en dehors de l'asile se promener avec d'autres malades sous la surveillance des religieuses.

Septembre, Octobre, Novembre. — Même état. Ne réclame pas sa sortie. Docile, toujours indifférente.

Décembre. — Même état.

Janvier 1882. — Pendant toute l'année 1882, l'état mental de Mme L... n'a pas varié. Nous le résumons donc en donnant l'état actuel.

*Etat actuel des facultés intellectuelles et morales pendant la période de rémission.* — Cette malade est d'une intelligence normale. (Elle a été placée à l'école et a reçu une instruction primaire ordinaire).

La mémoire est bonne, elle retient ce qu'elle lit, beaucoup de faits qui sont antérieurs à son délire, ou qui se sont passés dans les périodes intervallaires. (Elle ne conserve qu'un souvenir vague de ses faits et gestes durant les accès.) Le jugement, le discernement paraissent être en rapport avec son éducation et son état intellectuel.

Mme L... est un peu apathique et indifférente. Elle accepte facilement de travailler dans les ateliers de repassage, elle est très soumise à la règle de la maison ; sa douceur et sa docilité contrastent avec sa violence et sa grossièreté pendant les accès. Elle est d'un caractère uniforme, sans tristesse ; mais elle est un peu personnelle, parle peu et ne se lie ni ne se dispute avec ses camarades.

Elle manque d'initiative et pourrait peut-être conduire son ménage, mais ne serait pas en état d'entreprendre un travail nouveau.

Les sentiments affectifs ne paraissent pas très développés, elle ne demande pas à sortir pour retrouver sa famille et a appris sans grande émotion la mort de son fils unique, enfant

de treize mois, mort de méningite. Disons cependant que son oncle paternel qui l'a élevée est l'objet d'une affection marquée de sa part.

### Observation XIII

(Due à l'obligeance de notre collègue et ami Paul Gérente, interne des asiles de la Seine).

Joséphine H..., femme J..., brodeuse, née à Paris, en 1817, entrée au pensionnat de Ville-Évrard le 29 juin 1876.

Les antécédents héréditaires et personnels, les débuts de l'affection mentale nous sont inconnus, tout ce que nous savons, c'est que H... séjourne dans les asiles depuis 1871.

De 1876 à ces derniers temps, H... s'est toujours présentée à peu près sous le même aspect. C'est une petite vieille, maigre, sèche, mais robuste; les traits de la figure sont assez fins, les cheveux gris; l'allure générale est vive.

Le plus souvent, elle reste calme, dans une tenue décente, assise et occupée à quelque ouvrage de broderie ou de tapisserie. Elle se tient sur la réserve : quand le médecin passe, elle le salue silencieusement, s'il l'interroge, elle répond qu'elle n'a besoin de rien, qu'elle se porte bien et le remercie poliment; si l'on insiste, si l'on paraît lui montrer quelque intérêt, elle répond aux questions par de longues explications confuses, entre dans des détails interminables. On ne démêle aucune idée précise, aucune préoccupation, soit d'hypocondrie, soit de persécution, etc.; on peut noter toutefois un amour propre très susceptible, et une forte dose de vanité.

La mémoire, les facultés intellectuelles sont affaiblies; de même pour les sentiments affectifs. Si l'on use de ménagements, on peut terminer la conversation sans avoir excité la malade. D'ailleurs H... se conforme d'elle-même, aux habitudes et à la discipline d'une vie essentiellement calme, sans se faire remarquer par rien; il est vrai que les gardiennes ont ordre de la ménager avec la plus soigneuse attention, car l'équilibre mental étant toujours instable, un rien suffirait à irriter la malade.

D'autres fois H... délaisse son ouvrage un matin, reste oisive sur sa chaise, regarde tout autour d'elle, place son mot dans la conversation de ses voisines, adresse d'elle-même la parole au médecin, veut lui expliquer, à n'en plus finir, des

choses littéralement incompréhensibles, et enfin veut se mêler de tout, intervenir dans tout.

C'est là le début d'un accès maniaque ; pour peu alors qu'on lui réponde, H... s'excite rapidement arrive vite sans motif apparent aux gros mots, aux expressions ordurières, aux obscénités et aux menaces. Et l'acte suit immédiatement les paroles : elle bouscule, sans aucun égard, ses interlocuteurs.

Bientôt, elle s'agite de plus en plus, sort dans le jardin, se déshabille, défait ses cheveux gris qui s'emmêlent et flottent à tous les vents, court, saute, danse, rit, chante, ramasse des fleurs, lance des pierres, se couche par terre, se balance aux arbres, va taquiner les autres malades, s'irrite, vomit les plus triviales injures avec une volubilité inouïe, mais toujours parfaitement incohérente. C'est le type de la maniaque.

L'accès dure quatre ou cinq jours, parfois une ou deux semaines; elle-même réclame des bains prolongés, s'y soumet volontiers, sans cesser d'ailleurs, même dans le bain, toutes ses extravagances. Peu à peu, H... s'apaise, et un matin, encore d'elle-même, elle va reprendre son ancienne place, se remet à ses petites occupations habituelles, rentre dans son attitude plus réservée des temps calmes et annonce aux gardiennes que son accès est passé, qu'elle est guérie.

Ces accès, tantôt se succèdent à quelques jours d'intervalle, tantôt sont séparés par de longues périodes paisibles, atteignant parfois jusqu'à six mois. L'état est quelqufois amélioré par des bains prolongés.

Telle est la malade H... Il est à noter, du reste, que l'incohérence s'accentue d'année en année. On obtenait, en 1877, encore, dans les intervalles de calme, des ouvrages de broderie assez soignés, des réponses suivies, et même des lettres fort présentables, pour quelque membres de sa famille. Ceci est devenu impossible. L'activité mentale de la malade s'est, de plus en plus, affaissée, les idées sont devenues de plus en plus confuses; les sentiments de plus en plus inconsistants; la volonté, de plus en plus instable. H... ne travaille même aujourd'hui plus à son ancien métier que d'une façon tout à fait incohérente.

### Observation XIV

(Note due à l'obligeance de notre collègue et ami J. Sauton, interne des asiles de la Seine).

Bar, Etienne, soixante-sept ans, journalier, habitant Paris. Aucun antécédent héréditaire. Le père est mort à quatre-vingt-dix ans, la mère à l'âge de quarante-cinq ans, du choléra. Un frère bien portant. Le malade est marié, et a plusieurs enfants en bonne santé. Il est d'une taille moyenne et paraît doué d'une bonne constitution.

14 février 1878. — « *Affaiblissement intellectuel; turbulence maniaque; excitation intellectuelle; divagations incohérentes; récriminations, menaces, actes déraisonnables, malpropreté; excès alcooliques.* »

Legrand du Saulle.

15 février 1878. — « *Atteint d'affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire; agitation maniaque; loquacité incohérente; menaces, violences, insomnie; contusions à la face et sur le corps.* »

Bouchereau.

1er mars 1878. — « *Atteint de manie caractérisée par une grande incohérence, une mobilité exagérée, de l'insomnie et des actes désordonnés.* »

Dagonet.

Depuis son entrée (c'est-à-dire depuis cinq ans à peu près ce malade présente les symptômes d'une manie chronique rémittente bien caractérisée. Les accès surviennent brusquement et l'agitation arrive en quelques heures à son apogée : incohérence complète, cris, vociférations, menaces, actes impulsifs, etc. Tantôt dans le même accès ce sont les idées de grandeur qui prédominent; il est riche, va se marier, commande à l'univers entier, a de jolis chevaux, de jolies voitures, de jolies femmes, etc.; tantôt au contraire, il n'est entouré que de scélérats et de canailles, il va casser la tête à ceux qui l'empêchent de sortir, etc. Agitation violente nuit et jour. L'accès suit son cours pendant un laps de temps qui varie de quinze jours

à trois semaines, puis cesse brusquement, et presque sans transition : le malade devient calme et reprend ses occupations habituelles (il fait le ménage de quelques employés logés dans l'asile). La période de rémission dure trois ou quatre mois, puis l'accès se représente identiquement dans les mêmes conditions et avec les mêmes symptômes.

Pendant la période de calme, on constate chez ce malade un certain degré d'affaiblissement intellectuel.

### Observation XV

(Nous devons les deux observations suivantes à la bienveillante obligeance de M. le Dr Giraud, directeur-médecin en chef de l'asile de Fains (Meuse); qu'il nous soit permis de lui en exprimer ici notre vive reconnaissance).

Sommaire. — Hérédité. — Quatorze séquestrations connues, pour accès de manie se reproduisant d'une manière identiques. — Début : excitation maniaque, conscience de son état, extravagances, va lui-même se faire soigner. — Période d'état : agitation incohérente, idées érotiques. — Période de déclin assez longue : paresse, idées hypocondriaque. — Période de rémission : pas d'affaiblissement intellectuel (les facultés intellectuelles n'ont jamais été très brillantes). — Santé générale excellente.

M. B..., Valentin, âgé de 49 ans, entre à l'asile de Quatre-Mares pour la quatorzième fois, et nous savons qu'il a déjà été traité à Saint-Yon antérieurement. Le malade est d'une forte constitution. Sa santé physique a toujours été excellente. Il a reçu une bonne éducation, mais n'a jamais été qu'un piètre élève et n'a jamais eu d'autre profession que la facile situation de rentier. Il se trouvait, par hérédité, prédisposé à des troubles intellectuels, et un de ses oncles s'est donné la mort dans un accès d'aliénation mentale. Depuis que la maladie de M. B... a pu être observée à l'asile de Quatre-Mares, les accès de manie se sont reproduits à peu de chose près d'une manière identique. Le malade est pris d'insomnie, ses propos et ses actes deviennent extravagants, il se montre érotique; souvent il est violent, parfois il a manifesté quelques idées de suicide, mais une fois seulement il a tenté de les mettre à exécution en se jetant à la Seine. Or, comme il est bon nageur, il en a été quitte pour un bain froid. Le plus souvent, au début de l'accès, il a jusqu'à un certain point conscience de son état, et après s'être enfui de son domicile et avoir commis au dehors plus ou moins d'extra-

vagances, il arrive seul à l'asile avec des allures qui ne laissent aucun doute sur son état mental, et sa famille avisée se hâte de venir régulariser la situation. Après une période variant de quelques jours à quelques mois, le calme renaît, puis M. B... devient hypocondriaque, se préoccupe de sa santé, se montre paresseux à se lever, revient lentement à un état paraissant normal et réclame sa sortie.

L'accès de manie que nous observons aujourd'hui ressemble aux précédents. M. B... arrive seul en voiture dans un état de vive excitation. Il a abandonné son domicile, personne de sa famille ne sait où il est, et il vient se faire admettre, pour ne pas occasionner de grands malheurs. Un de ses amis vient d'être réintégré à Quatre-Mares, or il a observé que sa maladie suivait de peu de jours celle de son ami. Celui-ci sera guéri le premier, etc. Il nous dit qu'il est depuis plusieurs jours atteint d'insomnie et il demande instamment qu'on le fasse dormir (chloral, 3 grammes.)

10 août. — Comme aux précédents accès, M. B... tient à n'être connu à l'établissement que sous son prénom de Valentin et il se livre à de violentes invectives contre l'un de nous qui, par mégarde, l'avait appelait M. B... Il passe sans transition de la gaieté à la tristesse, parle avec volubilité et montre une grande incohérence dans son langage; nons ne constatons pas d'hallucination. Le délire est général.

Certificat de 24 heures. — « *M. B... entre à l'asile pour la quatorzième fois; comme toujours il est en proie à une agitation maniaque qui se traduit par des propos extravagants, des actes déraisonnables, un désordre général. Il est atteint de manie, et doit être maintenu.* »

15 août. — M. B... présente une grande mobilité d'esprit, avant-hier il a pris en haine et invectivé violemment sans motif un des internes; hier, il lui a exprimé également sans motif, les sentiments les plus affectueux. Il est repris d'idées érotiques, parle de se marier, et nous entretient des préparatifs qu'il va faire pour « la conduire à l'autel et donner un grand banquet ».

20 août. — M. B... est devenu paresseux à se lever le matin. Le sommeil est bon, et le chloral a été supprimé. Les idées de mariage persistent.

Le malade est sorti de l'asile après avoir subi sa période de torpeur habituelle.

### Observation XVI

Sommaire. — Hérédité. — Début de la maladie, en 1870, par un accès de mélancolie stupide. — Quatre accès maniaques en trois ans. — Début caractérisé par des excès de boisson et par de l'excitation maniaque. — Période d'état : violente agitation. — Période de déclin assez courte. — Période de rémission : irritabilité, arrogance, perte de confiance en lui-même, crainte d'une rechute. — Santé générale bonne.

M. G... entre à l'asile de Quatre-Mares pour la quatrième fois; c'est un jeune homme, d'une taille au-dessus de la moyenne, d'un tempérament robuste, et d'une santé physique habituelle excellente. L'hérédité paraît avoir joué un grand rôle dans le développement de sa maladie. Plusieurs membres de sa famille ont été atteints d'aliénation mentale. Son père est mort à l'asile de Quatre-Mares, deux de ses sœurs sont mortes aliénées, et un de ses frères est d'un caractère bizarre et est entré au couvent des Chartreux. Paul G... est d'une intelligence ordinaire et a reçu une bonne éducation. Il manifeste de grandes dispositions pour la mécanique. Il a monté une entreprise de machines à battre, qu'il loue dans les fermes à l'époque de la moisson, mais cherche sans cesse à réaliser des perfectionnements, soit dans les machines à battre, soit dans les moteurs à vapeur qu'il emploie.

Les premiers symptômes d'aliénation qui nous sont signalés remontent au mois d'août 1879. Il présente alors un état mélancolique accompagné de stupeur; il paraît revenir à son état normal, puis manifeste, au mois de juin 1871, une gaieté excessive à laquelle succède une vive agitation maniaque, agitation qui nécessite son placement à l'asile de Quatre-Mares, le 4 juillet 1871.

On constate alors un délire général des plus intenses, des hallucinations de la vue et de l'ouïe, et des tendances à la violence. A l'agitation bruyante succèdent des idées de persécution. Il se montrait indocile, cherchait à s'évader, récriminait sans cesse, et allait jusqu'à dénoncer sa famille au parquet. Parfois il excitait au mal les autres malades.

Les hallucinations persistèrent deux mois environ; mais on ne constate aucune amélioration réelle avant le mois d'octobre 1871. L'amélioration persiste, et M. G... sortit guéri le 30 novembre, après cinq mois environ de séjour à l'asile.

L'année 1872, se passa sans incidents graves. Au mois de février 1873, M. G... était repris d'un nouvel accès de manie qui cette fois fut de courte durée. Entré le 28 février il sortait, le 18 avril, mais il fut repris de délire quelques jours après, et il dut être réintégré le 1er mai. Au mois de juin, il était redevenu calme et lucide, et sortait le 28 août. Cette fois la période de calme dura onze mois, et M. G... était si bien revenu à son état normal qu'il obtint de faire lever l'interdiction qui avait été portée contre lui pendant son précédent accès de manie.

Il éprouve, pendant l'été 1874, quelques déceptions, il voulut de nouveau perfectionner ses machines; et les ouvriers qu'il employait n'exécutaient pas à son gré ses instructions. Vers la fin du mois de juillet il présente du trouble de l'intelligence, le 5 août, il est pris comme au début de ses précédents accès de manie d'une envie irrésistible de boire, il avait perdu l'appétit et se mit à commettre des actes tellement extravagants (se promenant nu dans les rues de F...), que les gendarmes durent l'arrêter et le faire garder à vue à son domicile. Il était devenu violent, cherchait à frapper, et crachait à la figure des personnes qui s'approchaient de lui.

A son entrée, on constatait une vive agitation maniaque, et un délire général très marqué; il fut nécessaire de le maintenir à l'aide de la camisole.

Certificat de 24 heures. — « *M. C... déjà soigné plusieurs fois à l'asile est de nouveau atteint d'aliénation mentale. Il est dans un état de violente agitation, éprouve des hallucinations, se livre à des actes compromettants pour la sécurité publique. Il est affecté de manie et doit être maintenu.* »

A. FOVILLE.

10 août. — M. G... se montre beaucoup plus calme, et commence à avoir conscience de son état; nous ne constatons pas d'hallucinations.

15 août. — Le malade est calme. Il commence à s'occuper de ses affaires, et se promène volontiers dans la propriété.

Il va surtout examiner une machine à vapeur nouvellement établie pour monter de l'eau; il donne des conseils mais se montre peu modéré dans ses critiques, et on a dû lui faire entendre qu'il était à l'établissement pour se faire soigner et non pour faire fonctions d'ingénieur.

Sous l'influence de la vie régulière de l'asile, le calme persiste pendant un temps assez long, mais le malade avait perdu

toute confiance en lui-même. Il jouissait d'une liberté relative mais redoutait une nouvelle rechute. Ce malade a été perdu de vue.

### Observation XVII

(Note sur un malade atteint de manie périodique, due à l'obligeance du Dr Mabille).

« J'ai connu à l'asile de Maréville, dans le service du Dr Christian, un individu qui avait des crises périodiques d'agitation maniaque. Cette crise se traduisait par des actes d'une violence extraordinaire et semblait revenir tous les trois mois. Puis tout rentrait dans l'ordre. Le malade était calme et paraissait dans son état normal, seulement il parlait avec volubilité, et lorsqu'il réclamait sa sortie, il entrait quelquefois dans des états d'emportement tels, qu'on était obligé de veiller à ce qu'il n'arrivât aux médecins aucune aventure.

Rendu une première fois à la liberté, il prit un sensible plaisir à *noyer un cheval* dans la rivière de son village.

Après deux ou trois ans de réintégration à Maréville, on finit par le mettre en liberté. Je l'ai perdu de vue. » (Communication écrite).

### Observation XVIII

J'ai observé un cas de manie périodique datant de longues années, sans antécédents héréditaires. Le malade présentait un racourcissement très notable de la voûte cranienne avec synostose de la suture coronaire. La région frontale était très aplatie, l'occipitale très bombée et très rétrécie, le trou occipital était elliptique et le crâne scoliotique à droite. Chez notre malade, homme doué d'intelligence, on ne put constater jusqu'à l'âge de trente ans rien d'anormal du côté des facultés cérébrales, sauf une irritabilité extraordinaire, qui constrastait avec sa parfaite éducation.

Par suite d'une impression morale vive, apparut le premier accès de manie après une période de tristesse, et cet accès se renouvela par la suite treize fois, tantôt après une cause extérieure appréciable (émotion morale, excès de plaisirs), tantôt sans causes appréciables.

A l'autopsie on trouva, indépendamment de la difformité cranienne, une atrophie de l'encéphale accentuée sur l'hémisphère gauche (correspondant à la moitié du crâne rétrécie). Dans le ventricule du même côté des granulations et des synéchies de la corne antérieure.

Le cœur adhérait au péricarde, était graisseux et présentait une hypertrophie du ventricule gauche avec insuffisance mitrale (A. Schüle, *loc. cit.*).

### Observation XIX

Madame de M... souffre des privations de l'émigration, éprouve des chagrins domestiques, devient maniaque à 24 ans. Tous les ans un accès avait lieu. Rentrée en France, les accès, se renouvellent deux années de suite. Au troisième accès depuis son retour, Esquirol est consulté. Il ordonne au début de l'accès un gros de camphre dissous dans deux onces de vinaigre radical à prendre dans la journée par cuillerées étendues dans quatre onces d'eau. Dès le lendemain, l'accès diminue et cesse presque tout à coup, tandis que les accès précédents avaient été de 10 à 11 mois. L'année suivante, nouvel accès.

On fait prendre à Madame de M... le même médicament qui avait si bien réussi l'année précédente, mais on le lui fait prendre en une fois et sans véhicule; il en résulte un véritable empoisonnement qui compromet les jours de la malade, mais l'accès de manie avait avorté. Deux ans se passèrent dans une intermission parfaite; depuis lors, c'est-à-dire depuis 25 ans, les accès reparaissent presque tous les ans, mais n'ayant plus qu'un à deux mois de durée (Esquirol, *Des maladies mentales*, p. 171).

### Observation XX

Broussais cite le cas d'une dame qui a, depuis trente ans, des accès annuels durant trois ou quatre mois. Ils ont retardé de deux à quatre mois, mais n'ont jamais été seize mois sans reparaître. Les accès sont violents, elle tient toujours les mêmes propos, profère les mêmes injures. Pendant les intervalles calmes, elle se souvient de son accès et en prévoit le retour (*L'Irritation de la folie*).

### Observation XXI

Une femme non mariée, âgée aujourd'hui de soixante-cinq ans et dont les parents ne se faisaient remarquer que par l'exagération du tempérament sanguin, par un caractère violent, bizarre, excentrique, est soumise depuis plus de quarante ans à des exacerbations de folie furieuse durant régulièrement de six semaines à deux mois et qui sont provoquées par la moindre contrariété. L'accès maniaque finit presque subitement et la malade a des périodes d'intermittence de cinq à six mois dans lesquelles la raison est parfaite. Cette femme, qui est actuellement à Saint-Yon, vient d'y être reçue pour la trente-septième fois, et, chose singulière, son intelligence qui est très développée, ne présente aucun affaiblissement. Son père est, de son côté, un homme d'une grande valeur intellectuelle et d'une originalité remarquable, mais n'ayant apporté dans la direction de ses affaires, ni suite ni coordination. Un des frères de la malade a été aliéné, mais il n'a a pas présenté la même propension à la récidivité (Morel, *Traité des mal. ment.*, p. 537).

### Observation XXII

Nous avons donné des soins, il y a quelques années, dans un établissement public d'aliénés, à la jeune veuve d'un médecin militaire qui, de quatre en quatre mois, était affectée d'un délire maniaque des plus violents. Chaque accès durait trois semaines. Ce temps d'épreuve une fois écoulé, la malade allait reprendre sa place dans le monde et personne ne se doutait de son éloignement passager.

(Legrand du Saulle : *La folie devant les tribunaux*, p. 113.)

### Observation XXIII

... Chez une autre femme, l'aliénation mentale revêt depuis plus de vingt ans une forme régulièrement intermittente ; les accès reviennent de quinze en quinze jours et tendent aujourd'hui à se fondre dans un état de démence et de fureur perma-

nente. Ils ont ordinairement une durée de quinze jours et sont caractérisés par de l'agitation, de la violence et de la fureur, incessamment entretenues par des hallucinations de l'ouïe qui portent la malade à penser qu'elle a, au delà des murs de son préau, des ennemis à qui elle adresse des invectives grossières, en leur montrant le poing et en leur jetant des pierres. Dans l'intervalle des accès, l'état mental est loin d'être régulier et revêt le caractère de l'imbécillité puérile. Il m'a été affirmé, qu'au début de son affection, cette malade, peu de jours avant l'explosion de l'accès se croyait enceinte, se mettait au lit et au bout de quelques jours, plaçait auprès d'elle un paquet de linge arrangé en poupon, qu'elle prenait pour un enfant dont elle venait d'accoucher; la fureur éclatait ensuite (Billod, *loc. cit.*, p. 282).

### Observation XXIV

Un malade, nommé Aucher, a, deux fois par an, un accès de manie avec agitation et penchant à la violence, qui dure de deux à six semaines et qui laisse après lui un état de lucidité complète, il est vrai, mais avec une véritable dépression morale. Le malade est sombre, taciturne, légèrement mélancolique sans délire *apparent*.

J'ai la conviction qu'il se passe dans son for intérieur des troubles moraux sur lesquels il ne peut ou ne veut pas s'expliquer, et qui passent partant inaperçus. (Billod, *Note sur les intervalles lucides chez les aliénés*, p. 282).

Une femme, entrée le 19 mars 1850, avait tous les huit jours des accès de démonomanie avec cris, pleurs, tendance à frapper et à mordre, d'une durée de deux jours environ. Pendant l'intermittence, cette malade paraissait lucide; mais elle présentait une teinte prononcée de mélancolie; quelques prodromes l'avertissaient du retour de l'accès, elle réclamait d'elle-même la camisole. Cette malade est sortie guérie le 1er juin 1850 (Billod, *loc. cit.*).

### Observation XXV

Nous avons, parmi nos malades, une dame X... qui a régulièrement tous les sept mois un accès de folie maniaque des plus graves d'une durée de quatre-vingt-dix jours, avec une période d'intermission de quatre mois pendant lesquels la raison est pleine et entière. Cette dame en est aujourd'hui à sa vingtième séquestration. L'accès débute toujours par le besoin de locomotion et la perte des sentiments affectifs, à ce moment.

Madame X... qui a partiellement conscience de son état, se rend elle-mêm chez son médecin chercher un certificat et nous arrive en disant : « Il n'était que temps ». Quelques jours après elle est en proie à un délire maniaque des plus violents.

Le même auteur rapporte un peu plus loin, qu'un jour cette malade, en l'absence de son mari, se rend dans les magasins d une grande ville et se fait expédier à domicile tout ce qu'elle achète. Vers six heures du soir la maison et la rue étaient encombrés de colis, de voitures à bras de garçons de magasin cherchant querelle au mari qui rentrait chez lui et ne savait plus à quel saint se vouer pour se débarrasser des marchandises et des vendeurs. (Doutrebente, *Bulletin de la Soc. des lettres, sciences et arts du Loir-et-Cher*, 1882.)

### Observation XXVI

Une malade âgée aujourd'hui de trente-cinq à quarante ans, nous présente depuis douze ans ou treize ans, les phénomènes suivants : Au milieu du calme le plus grand, de la lucidité la plus parfaite, et sans autres symptômes précurseurs qu'une satisfaction plus grande à propos de l'état de sa santé, d'un désir plus prononcé aussi de recouvrer sa liberté, cette dame est invariablement prise au milieu de son sommeil de cauchemars et d'agitation. Elle se relève alors, pousse des cris de terreur et se précipite hors de son lit. La crise d'agitation est inaugurée. Elle parcourt ses phases d'une manière identique. Le visage de la malade est décomposé ; elle cherche à se briser la tête contre les murs, elle refuse de manger ; elle est en proie à des terreurs indicibles ; elle frappe, mord, déchire tout ce qu'elle peut saisir. En un mot, le désordre des idées, le trouble des

sentiments, la dépravation des facultés instinctives ont atteint leur dernière limite.

Cette situation, on ne peut plus pénible, dure régulièrement vingt-cinq à vingt-six jours. Vers le vingt et unième, la sédation est inaugurée; la malade est dans la stupeur: mais elle ne cherche plus à nuire et revient progressivement à l'exercice de sa raison.

Dans les vingt et un jours que dure l'intervalle lucide, cette infortunée malade est on ne peut plus convenable et raisonnable en ses actes. Ses idées sont lucides et l'exercice de ses sentiments ne laisse rien à désirer. Les fonctions physiologiques sont parfaites et la figure a repris son expression naturelle.

Le retour de la crise ramène les mêmes accidents, les mêmes actes, le même délire. Je dois ajouter cependant, dans l'intérêt de la vérité, que depuis quelque temps les intervalles lucides se signalent par une faiblesse intellectuelle plus prononcée. Mais ceci n'a rien d'étonnant, puisque la situation dure depuis près de treize années et que les périodes d'agitation sont d'une intensité dont il est difficile de se faire une idée quand on n'a pas été témoin des phénomènes maladifs qui la caractérisent. (Morel, *Traité des maladies mentales*, p. 477.)

### Observation XXVII

Guislain a observé une aliénée chez qui la maladie a présenté pendant plus d'une année un type tierce aussi nettement prononcé qu'il pourrait l'être dans une fièvre intermittente tierce. Pendant l'accès elle est fortement agitée et présente un penchant au suicide; les jours intercalaires, elle est raisonnable et tranquille. Cet état a résisté à l'emploi longtemps continué du sulfate de quinine. (*Leçons orales sur les phrénopathies*, p. 31.)

### Observation XXVIII

Maudsley raconte l'histoire remarquable d'une dame qui était pendant un jour saine d'esprit et qui était maniaque le lendemain; cette alternance régulière durait déjà depuis plu-

sieurs mois quand Maudsley vit la malade pour la première fois. (*The patholagy of Mind*, cité par Doutrebente.)

### Observation XXIX

Un militaire sujet à des mouvements d'emportement plus ou moins éloignés, fut traduit devant un conseil de guerre pour injures graves envers un supérieur. Une enquête médicale eut lieu : le prévenu fut dirigé sur une maison d'aliénés, et l'on constata qu'il était sujet à de légers accès de manie périodique. Longtemps après, j'ai pu me convaincre que chacun de ces accès était précédé, pendant la nuit, d'une faible crise nerveuse. Cet état avait échappé au malade lui-même, à tous ceux qui depuis plusieurs années, couchaient journellement près de lui, et à ceux qui lui donnaient des soins.

Actuellement, trois de mes malades de Quatre-Mares ne sont considérés comme convulsifs que depuis dix-huit mois; ils ont passé plusieurs années à Saint-Yon et dans le nouvel asile, sans qu'on se doutât de cette redoutable complication. Ces insensés sont les plus à craindre : leur fureur éclate tout à coup, se tourne presque toujours contre les personnes, se termine le plus souvent de la manière la plus prompte, et ne reparaît qu'à des intervalles tels, qu'on pourrait croire à une guérison complète après un simple accès de manie. (Dr Dumesnil, cité par Legrand du Saulle, *loc. cit.*)

### Observation XXX

Le jeune A... est entré à l'asile de Pontorson il y a deux ans, à l'âge de quatorze ans. Il était sujet à des accès de manie intermittente qui étaient très violents et pendant lesquels il perdait toute espèce de pudeur et tenait les propos les plus obscènes, prodiguait aux sœurs les injures les plus grossières, se livrant à la masturbation et provoquant le libertinage chez d'autres malades. A d'autres moments, il devenait agité, brisait tout et mettait ses vêtements en lambeaux.

On emploie longtemps, mais en vain, les bains prolongés, les douches, les révulsifs à la peau, les antipériodiques.

A la fin d'un violent accès, le 26 novembre 1866, on donne

un gramme de bromure de potassium à jeun tous les matins.

Quinze jours après on porte la dose à 2 grammes. Le traitement a été continué et aujourd'hui (25 mai 1867), les accès n'ont pas encore reparu (D[r] Charrière. *Annales médico-psych.*, 1867, t. X.)

# CHAPITRE VIII

## CONCLUSIONS

I. — Depuis Pinel, presque tous les auteurs ont confondu indifféremment toutes les formes de manies revenant par accès sous les dénominations de manie intermittente, manie rémittente ou manie périodique. Or, il existe dans les asiles d'aliénés des malades, héréditaires ou non, présentant durant de longues années des accès de manie revenant à des époques irrégulières et séparées par de véritables périodes de rémission caractérisées par un état psychique anormal sans manifestations délirantes. Ils sont atteints de manie chronique à type rémittent.

II. — Pendant la période de rémission ces malades présentent de l'apathie, de l'indifférence, de la torpeur intellectuelle, plus rarement de la gaieté et même de l'expansion. Ils n'ont pas d'idées délirantes, d'hallucinations apparentes, l'intégrité des facultés intellectuelles est généralement conservée, mais es sentiments affectifs ont habituellement disparu, et les sujets n'ont qu'une conscience relative de leur état. Ils travaillent d'une façon régulière, sont dociles et inoffensifs. L'état mental est identique dans toutes les périodes de rémission chez un même malade.

III. — Durant les accès les malades sont dangereux, ont des

impulsions violentes. Chaque accès, chez un même malade, se représente avec les mêmes symptômes, les mêmes actes, les mêmes idées délirantes. Ces accès ont, dans la généralité des cas, un début et une terminaison brusque.

IV. — Les accès reviennent à des époques irrégulières après une rémission pouvant varier, comme durée, de quinze jours à deux ans. Les accès se rapprochent à mesure que la maladie se prolonge. La marche de cette affection est essentiellement chronique, l'incurabilité est la règle. La démence n'arrive que tardivement.

V. — Les symptômes qui caractérisent l'accès maniaque, la marche, la durée et la terminaison de la maladie sont presque tous communs aux folies intermittentes, périodiques et circulaires, et à la manie chronique à type rémittent.

Les symptômes qui caractérisent la période de rémission sont propres à cette dernière, tout en se rapprochant par certaines particularités de ceux qui accompagnent le stade mélancolique dans la folie circulaire.

VI. — Il nous a paru que, par leurs caractères communs, les différentes formes de phrénopathies que nous venons d'énumérer, se distinguaient complètement des autres formes d'aliénation mentale et formaient une classe spéciale bien définie.

## BIBLIOGRAPHIE


AUBANEL. — Rapport médico-legal sur un cas de folie intermittente. *Ann. méd.-psych.* T. IX, 1847.

BAILLARGER. — Note sur la folie à la suite des fièvres intermittentes. *Ann. méd.-psych.*, 1843. — Leçons cliniques sur la manie congestive, in *Gaz. des hôp.*, Paris, 1858. — De l'emploi dc l'opium dans la manie. *Ann. méd. psych.*, 1855.

BALL. — Leçons sur les maladies mentales, Paris, 1881-1882.

BILLOD. — Note sur les intervalles dits lucides chez les aliénés. *An. méd.-psych.*, 1852.

BROUSSAIS. — De l'irritation et de la folie, Paris, 1828.

CALMEIL. — Article : MANIE, in *Diction.* en 30 vol. T. XIX, Paris, 1839.

CASPER. — Médecine légale, *traduct. par Germer-Baillère*, Paris, 1862.

COTARD. — Article : FOLIE, in *Dict. encyclop. des sciences méd.* Paris, 1879.

CHARRIÈRE. — Observation de manie intermittente guérie par le bromure de potassium, *Ann. méd.-psych.* T. X, 1867.

CHRISTIAN. — De la folie consécutive aux maladies aiguës, Paris, 1873.

DAGONET. — Nouveau traité élémentaire et pratique des maladies mentales, Paris, 1871.

DAQUIN. — Philosophie de la folie, Chambéry, 1792.

DOUTREBENTE. — Etude médico-légale sur les intermissions, les intervalles lucides et les rémissions dans les maladies mentales, in *Bulletin de la Société des lettres, des sciences et des arts du Loir-et-Cher*, Blois, 1882.

DUMESNIL et LAILLER. — De l'association de la digitale à l'opium dans l'agitation maniaque. *Ann. méd. psych.*, T. I, 1868.

ESQUIROL. — Des maladies mentales, Paris, 1838.

FABRET (J.-P.). — Des maladies mentales et des asiles d'aliénés, Paris, 1864. — Leçons cliniques de médecine mentale, Paris, 1854. — Mémoire sur la folie circulaire, in *Bulletin de l'Acad. de méd.* T. XIX, 1854.

FOCKE. — Uber typisches Irresein. *Allg. Zeitechrift f. psych.* Bd 5.

FOVILLE (Ach.). — Article : FOLIE, in *Dict. de méd. et de chirurgie prat.* Paris, 1872. — Article : MANIE, dans le même dict. Paris, 1875. — Etude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs, Paris, 1871. — Article : FOLIE A DOUBLE FORME, in *Dict. méd. chirurg. prat.* T. XV, Paris, 1872.

GEORGET. — De la folie, Paris, 1820. — Article : FOLIE, in *Dict.* en 30 vol., Paris, 1836.

GUISLAIN. — Leçons orales sur les phrénopathies, Gand, 1852.

GRIESINGER. — Traité des maladies mentales, traduit par le Dr Doumic, Paris, 1873.

HIRTZ. — Article : INTERMITTENCE, in *Dict. de méd. et de Chir. prat.*, Paris, 1874.

LACAILLE. — De la pseudo-paralysie générale alcoolique. Th. de Paris, 1881.

LEGRAND DU SAULLE. — La folie devant les tribunaux, Paris, 1864.

LINAS. — Article : LUCIDITÉ, in *Dict. encyclop. des sciences médic.* Paris, 1869. — Article : MANIE, in *Dict. encyclop.*, Paris, 1871.

LOMBROSO (de Pavie). — De l'influence des phénomènes atmosphériques et de la lune chez les aliénés. *Ann.-médic. psych.*, 1867.

LUYS. — Traité clinique et pratique des maladies mentales, Paris, 1881.

MABILLE. — Note sur les rapports de l'aliénation mentale et de la fièvre intermittente. *Ann. médic.-psych.*, 1881.

MARC. — De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires, Paris, 1840.

MARCÉ. — Traité pratique des maladies mentales, Paris, 1864.

MOREL. — Traité des maladies mentales, Paris, 1860.

MOREAU (de Tours). — Traité pratique de la folie névropathique, Paris, 1869.

PINEL. — Traité médico philosophique sur l'aliénation mentale, Paris, an IX.

REGIS. — De la dynamie ou exaltation fonctionnelle au début de la paralysie générale. *Ann. médic.-psych.*, 1879. — Observation de folie à double forme continue. *Ann. médic.-psych.*, 1880.

SAUVAGES. — Nosologie médicale. Genève, 1769.

SCHULE. — Handbuch des Geisteskrankheiten, Leipzig, 1878.

SÉBASTIAN. — Remarque sur la manie et la mélancolie suite de fièvres intermittentes. (*Trad. Lunier*), Paris, 1844.

SYDENHAM. — Médecine pratique. — (*Trad. Jault*), Paris, 1774.

TAGUET. — Contribution à l'étude du délire intermittent, in *Annales médic.-psych.*, mars 1882.

ZACCHIAS. — Quœstiones medico-legales, 1621.

# TABLE DES MATIÈRES



FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES

MOTTEROZ, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, B, Puteaux.

## QUESTIONS

*Anatomie et histologie.* — Appareil génito-urinaire.

*Physiologie.* — Des mouvements et des bruits du cœur.

*Physique.* — Usage thérapeutique des courants électriques.

*Chimie.* — Caractères génériques des nitrates : préparations et propriétés des nitrates de potasse, de baryte, de bismuth, de mercure et d'argent.

*Histoire naturelle.* — Des fruits, leur structure, leur classification ; quels sont les fruits employés en médecine ?

*Pathologie externe.* — Diagnostic et classification des calculs urinaires.

*Pathologie interne.* — De la syphilis congénitale.

*Pathologie générale.* — Des hydrophlegmasies.

*Anatomie et histologie pathologique.* — De l'hydrocéphale.

*Médecine opératoire.* — Des divers procédés de trachéotomie.

*Pharmacologie.* — Des préparations pharmaceutiques qui ont pour base les amandes douces et amères et le laurier-cerise. Étude comparée des eaux distillées de laurier-cerise, d'amandes amères et l'acide cyanhydrique médicinal.

*Thérapeutique.* — Des médicaments sudorifiques.

*Hygiène.* — De l'établissement des voiries.

*Médecine légale.* — A quels signes distingue-t-on le suicide de l'homicide ?

*Accouchements.* — Des grossesses gémellaires.

Vu à imprimer :
Le Président
Benjamin BALL.

et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.